

## RESUMENES DE LAS COMUNICACIONES ORALES

- 1. Consumo energético durante la cirugía.** Basaluzzo José María, Jorge Miguel Alfredo, Danguise Eduardo, Osatnik Javier, Parrilla Gustavo, Witriw Alicia Magdalena, Francioni Silvia, López Gastón Osvaldo.

*Divisiones Terapia Intensiva, Cirugía Gastroenterológica y Laboratorio de Terapia Intensiva. Hospital de Clínicas "José de San Martín". UBA. Ciudad de Buenos Aires. Argentina.*

**Objetivo:** Determinar la magnitud del catabolismo grasoso y proteico durante el acto quirúrgico de mediana complejidad. **Metodología:** Se estudiaron en forma prospectiva 20 pacientes, 6 hombres y 14 mujeres sometidos a cirugía electiva de mediana complejidad con anestesia general. La edad fue de  $60 \pm 14$  años. Se determinó la pérdida de masa magra a través del nitrógeno ureico urinario y la masa grasa por la pérdida insensible de peso, aplicando la ecuación propuesta por Newburgh y modificada por Gilder. El balance hídrico se determinó por método gravimétrico. Durante la cirugía se aportó solución salina isotónica a razón de  $2.96 \pm 1.97$  ml /Kg/h. **Resultados:** Durante el acto quirúrgico la grasa se consumió a razón de  $1.15 \pm 1.0$  gr /Kg/h, lo que representa  $10.38 \pm 9$  Kcal /Kg/h, mientras la masa magra consumida fue de  $0.06 \pm 0.54$  gr /Kg/h, equivalente a  $0.06 \pm 0.54$  Kcal /Kg/h. **Conclusiones:** Durante la cirugía de mediana complejidad el gasto energético es de  $10.44 \pm 9$  Kcal /Kg/h, siendo la masa grasa la principal fuente de energía (99,4%).

- 2. Pautas propuestas para la realización de neuroimágenes en traumatismo craneano leve.** Amarilla J., Basila D., Bernárdez D., Crerar S., D'Angelo P., Di Leo Lira A., Gilardi L., Guiñazú M.

*Servicio de Emergencias. Clínica Bazterrica. Ciudad de Buenos Aires. Argentina.*

El traumatismo encefalocraneano leve (definido como aquel que cursa con un valor de la Glasgow Coma Scale <sup>3</sup> 14 en 15 puntos) es una causa de consulta frecuente en los Servicios de Emergencias. La utilidad de la tomografía computada para definir conductas en esta población es controvertida. **Materiales y métodos:** se presenta en esta oportunidad un estudio prospectivo realizado durante nueve meses sobre 138 consultas por traumatismo craneano leve, siendo todos ellos evaluados con tomografía axial computada con ventana ósea. **Análisis:** se verifican mediante análisis estadístico la presencia de algunas variables predictoras de lesión del sistema nervioso central (la edad y el antecedente de tratamiento anticoagulante, ambos con  $p < 0.01$ ), entre las cuales, a diferencia de otras publicaciones, no se halla la pérdida de conciencia ( $p = 0.24$ ). Asimismo, se evidencia que ninguno de los pacientes internados para observación con neuroimágenes normales presentó deterioro neurológico durante su estadía institucional. Proponemos en función de nuestras observaciones pautas de conducta para realizar neuroimágenes en esta población.

- 3. Factores predictores de internación en pacientes asmáticos.** Schedrovitzky Betina, Gené Ricardo, Valdez Pascual.

*Hospital de Clínicas "José de San Martín". UBA. Ciudad de Buenos Aires. Argentina.*

**Objetivos:** Determinar en pacientes asmáticos variables predictoras de internación. Cuantificar submedicación. y pautas de

educación. **Material y métodos:** Diseño prospectivo, observacional, longitudinal. Se estudiaron 36 pacientes consecutivos ingresados desde Urgencias con crisis asmática, y 36 pacientes consecutivos de consulta ambulatoria de control. **Resultados:** Sexo femenino: 59.72%, estudios secundarios: 72.22%, tabaquismo: 88.88%, edad:  $49 \pm 21$  años, mortalidad: 0%, internaciones previas: 62.5%. Asma moderado – grave: 69%. Asma diurno (últimos 10 días): 70%. Corticoides inhalados en asma moderado-grave: 42%. Control periódico: 19.44%. Tiene pautas de autotratamiento: 16.66%. Internación actual en presencia de 3 o más visitas a guardia en último año vs menos de 3: 68.18% vs 42% ( $p 0.04$ ). Internación actual en presencia de necesidad de aumentar beta 2 vs ausencia de necesidad: 69.81% vs 29.62% ( $p 0.03$ ). Variables predictoras de internación en regresión logística: sexo femenino ( $p 0.033$ ), estudios primarios incompletos ( $p 0.0069$ ), asma diurno en últimos 10 días ( $p 0.0002$ ), infección de vía aérea superior ( $p 0.0297$ ) y abandono del tratamiento ( $p 0.0354$ ). **Conclusiones:** En modelos bivariados los predictores de internación fueron: presencia de 3 visitas a guardia en el último año, y necesidad de aumentar la dosis de beta 2 de acción corta. Variables predictoras de internación en el modelo multivariado: sexo femenino, ausencia de estudios, asma diurno en últimos 10 días, infección de vía aérea superior y abandono del tratamiento. Hay insuficiencia de corticoides inhalados. El control periódico y el conocimiento de las pautas de autotratamiento fueron escasos.

- 4. Resorción ósea en mujeres embarazadas suplementadas con diferentes fuentes de calcio.** Zeni Susana<sup>1</sup>, Fleischman Silviana<sup>2</sup>, Lazzari Araceli<sup>2</sup>, López Laura<sup>2</sup>, Suárez Marisa<sup>2</sup>, Somoza Julia<sup>1</sup>, Ortela Soler Carlos<sup>2</sup>, de Portela María Luz<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Sec. Osteopatías Médicas. Hospital de Clínicas "José de San Martín". UBA. Ciudad de Buenos Aires. Argentina.

<sup>2</sup>Hospital "Diego Paroissien". La Matanza. Buenos Aires. Argentina.

<sup>3</sup> Cátedra de Nutrición. Farmacia y Bioquímica. UBA. Ciudad de Buenos Aires. Argentina.

Diferentes estudios demuestran una elevada actividad biológica del hueso durante el embarazo. Previamente encontramos que la resorción ósea era más elevada a bajas ingestas de calcio (ICa). El presente estudio evaluó cambios en el remodelamiento óseo en función de la edad gestacional y su interrelación con la fuente de suplementación cálcica. Se estudiaron 44 embarazadas sanas ( $21.4 \pm 4.6$  años) concurrentes a un hospital del gran Buenos Aires. La ICa inicial promedio fue de  $604 \pm 424$  mg/día (rango: 1669 a 62). Se dividieron en: GC: grupo control sin suplemento, GL: 500mgCa lácteo/día, GA: 500mg citrato de Ca/día. Se evaluaron en suero durante los tres trimestres fosfatasa alcalina ósea (FAO, U/L) (marcador de formación) y telopéptido carboxilo terminal del colágeno tipo I (CTX, nM) (marcador de resorción).

	Resultados: <12sem	12-24sem	25-32sem	<32sem
GC FAO	53±6	58±17	56±16	92±32**
GL FAO	43±11	59±14	72±20**	99±30**
GA FAO	49±2	45±14	61±19**	87±43**
GC CTX	4.3±0.2	4.3±1.5	6.8±2.5	8.3±3.0
GL CTX	4.3±1.8	4.0±1.5	5.0±2.2*	6.7±3.0*
GA CTX	4.9±1.9	5.1±2.1	7.4±4.0	8.2±3.6

\*\* $p < 0.05$  comparado con el valor inicial, \*  $p < 0.05$  comparado con los otros dos grupos. Ambos marcadores aumentaron en función

de la edad gestacional. El aumento en FAO no mostró diferencias entre los tres grupos estudiados, sin embargo el aumento en CTX fue inferior en aquellas suplementadas con leche. **Conclusión:** la mayor resorción ósea durante el embarazo podría controlarse con ingestas de adecuadas cantidades de Ca.

**5. Los niveles bajos de estradiol endógeno protegen la densidad ósea en mujeres postmenopáusicas.** Bagur Alicia<sup>1</sup>, Oliveri Beatriz<sup>1</sup>, Mautalen Carlos<sup>1</sup>, Belotti Marcela<sup>1</sup>, Yankelevich Débora<sup>2</sup>, Sayegh Fabiana<sup>2</sup>, Royer Monique<sup>2</sup>.

*Sección Osteopatías Médicas<sup>1</sup> y Sección Climaterio<sup>2</sup>, División Ginecología. Hospital de Clínicas "José de San Martín". UBA. Ciudad de Buenos Aires. Argentina.*

Los niveles bajos de estradiol endógeno pueden jugar un rol en la protección de la densidad mineral ósea (DMO) de mujeres postmenopáusicas (PMP). El objetivo del estudio fue evaluar el rol de los esteroides sexuales (ES) en la protección de la DMO de mujeres PMP. Se estudiaron 99 mujeres sanas PMP entre 55 a 75 años. Se estudió la DMO de L2-L4, fémur total (FT), y esqueleto total (ET) medida por DXA (Lunar Prodigy). Se determinó en suero: calcio, fosfatasa alcalina ósea (FAO), crosslaps (CTX), estradiol ultrasensible (detección hasta 5 pg/ml), estrona y testosterona, y en orina: calcio. Los ES biodisponibles fueron calculados. La población se dividió en: Grupo 1 <65 años y Grupo 2 =65 años. Los grupos difirieron en talla (157vs.152cm, p>0.001), pero no en peso e índice de masa corporal. Los grupos fueron estratificados de acuerdo a los niveles de estradiol en <10 y =10 pg/ml. El Grupo 1 con estradiol =10 pg/ml tuvo una mayor DMO de L2-L4 (+14%, p<0.05), y ET (+3%, p<0.05). La FAO y el CTX tendieron a ser menores en este grupo (p<0.07 para ambos). Los ES no influyeron en la DMO del Grupo 2. En el Grupo 1 correlacionó positivamente: estradiol con L2-L4 (r=0.4, p<0.001), FT (r=0.3, p<0.004) y ET (r=0.4, p<0.001), estradiol biodisponible con L2-L4 (r=0.4, p<0.003) y ET (r=0.4, p<0.001), testosterona con L2-L4 (r=0.6, p<0.001), FT (r=0.4, p<0.01) y ET (r=0.6, p<0.001). El CTX correlacionó negativamente con estradiol total y biodisponible (r=-0.3, p<0.01 y r=-0.3, p<0.006 respectivamente). Los niveles endógenos de estradiol =10pg/ml, el estradiol biodisponible y la testosterona contribuyen al mantenimiento de la DMO en mujeres sanas postmenopáusicas menores de 65 años.

**6. Identificación de VMP1, una nueva proteína de membrana expresada durante la pancreatitis aguda que induce la formación de vacuolas.** Vaccaro María Inés, Ropolo Alejandro, Grasso Daniel, Lanosa Gustavo.

*Facultad de Medicina. Universidad de Buenos Aires. Argentina.*

Durante la pancreatitis aguda, la expresión de genes que codifican proteínas secretorias, que son potencialmente peligrosas, está reducida como parte de un mecanismo de defensa. Por el contrario, otros genes son fuertemente activados, éstos podrían prevenir la evolución de la enfermedad o inducir la regeneración del tejido. La finalidad de nuestra investigación es caracterizar a nivel molecular la respuesta celular a la pancreatitis. En este trabajo, describimos el clonado, la secuenciación y la expresión de un nuevo gen, que llamamos VMP1 (Proteína de Membrana de las Vacuolas). El análisis de la secuencia del ADN complementario reveló un marco de lectura que codifica una proteína de 406 aminoácidos. El análisis de su estructura sugirió que VMP1 es una proteína de membrana con 6 regiones hidrofóbicas. El gen para VMP1 fue fuertemente inducido en páncreas durante la pancreatitis experimental. Los estudios mediante hibridización *in situ* revelaron que la expresión pancreática del ARN mensajero para VMP1 estuvo restringida a la célula acinar durante la pancreatitis aguda inducida por ceruleína. Los islotes de Langerhans y los ductos no mostraron señal del transcritto. Para identificar la localización intracelular de esta proteína, construimos un plásmido con el gen de VMP1 fusionado al de un péptido fluorescente inducible por tetraciclina. La proteína VMP1 marcada

resultante fue localizada en la membrana del retículo endoplásmico. La sobre-expresión de esta proteína promovió la formación de vacuolas intracitoplasmáticas en las 12 líneas celulares estudiadas y la VMP1 fue localizada en las membranas de estas vacuolas. En conclusión, identificamos una nueva proteína de membrana que es fuertemente inducida en células acinares durante la fase aguda de la pancreatitis y que promueve la formación de vacuolas intracelulares.

**7. Automedicación y uso de terapias alternativas. Nuevos desafíos en la práctica clínica.** Franco Jorge A., Pecci Cristina.

*Hospital de Clínicas "José de San Martín". UBA. Ciudad de Buenos Aires. Argentina.*

**Objetivo:** Describir la magnitud y características de la automedicación y del uso de terapias no convencionales en la práctica clínica. **Metodología:** Se estudiaron 540 pacientes que concurren por primera vez y consecutivamente al Consultorio Externo del Programa de Medicina Interna General del Hospital de Clínicas y se administró un cuestionario con datos sociodemográficos, problemas de salud física y psicológica, percepción de la relación médico-paciente y creencias relacionadas a la enfermedad y su tratamiento. **Resultados:** Consumo de medicamentos con prescripción médica 25,6% y sin prescripción médica 59,4% correspondiendo 28,7% a venta libre y 30,7% a automedicación. Los fármacos más utilizados en automedicación fueron psicofármacos 46,1% y antibióticos 11,6%. Se encontró asociación estadísticamente significativa en automedicación con sexo femenino (p=>0.01), alto nivel educacional(p>0.003), tratamiento psicológico o psiquiátrico (p>0.0000), uso de terapias alternativas(p>0.0002), dolor y preocupación durante más de 6 meses por enfermedad o discapacidad (p>0.0002). Utilizó terapias alternativas el 54.4%. Homeopatía y Hierbas medicinales fueron las más utilizadas(40.8 y 37,6%) las asociaciones significativas fueron similares a automedicación, excepto la insatisfacción con la manera en que fue investigada la causa de la enfermedad e informado el diagnóstico y tratamiento(p=>0.03). **Conclusión:** El médico debe incluir en el interrogatorio clínico la investigación de abuso o mal uso de psicofármacos y antibióticos y de terapias alternativas, discutiendo el riesgo y validez de estas prácticas y Salud Pública ejercer mayor control fármaco-epidemiológico.

**8. Prevalencia de microorganismos resistentes a carbapenemes.** Famiglietti A., Rodríguez H., Catalano M., Radice M., Centron D., Lasala M.B., Gutkind G., Vay C.

*Laboratorio de Bacteriología. Dpto. Bioquímica Clínica. Hospital de Clínicas y Cátedra de Microbiología. Facultad de Farmacia y Bioquímica. UBA. Ciudad de Buenos Aires. Argentina. Servicio de Infectología. Hospital de Clínicas y Cátedra de Microbiología. Facultad de Medicina. UBA. Ciudad de Buenos Aires. Argentina.*

**Objetivo:** evaluar la resistencia a carbapenemes en los bacilos gram negativos, sus probables mecanismos de resistencia y las vías de transmisión. **Materiales y Métodos:** el perfil de sensibilidad a los antimicrobianos se determinó por el sistema automatizado Vitek y en algunos casos con la metodología convencional. La resistencia a carbapenemes se confirmó a través de la concentración inhibitoria mínima en las enterobacterias y en *Acinetobacter* spp. Los estudios de clonalidad fueron realizados solamente en *Acinetobacter* spp. **Resultados:** sobre un total de 2356 microorganismos de origen IH, aislados durante el año 2001, 617 (26%) correspondieron a enterobacterias y 560 (24%) a bacilos no fermentadores. Solamente 4/617 (0.6%) enterobacterias fueron resistentes a los carbapenemes (2 *K. pneumoniae* y 2 *E. cloacae*). En *K. pneumoniae* se observó resistencia a meropenem y no a imipenem, siendo el mecanismo de resistencia la ausencia o bajo nivel de expresión de una porina de 31-45 kD. En *E. cloacae* la resistencia se observó en ambos carbapenemes y no se detectó la presencia de carbapenemasa en estas cepas. Am-

bos microorganismos presentaron resistencia simultánea a las penicilinas, cefalosporinas de espectro extendido, aminoglucósidos, fluorquinolonas y TMS. En *Acinetobacter* spp la resistencia a meropenem e imipenem fue 40% y 51% respectivamente y sólo en el 40% de los aislamientos se detectó un mecanismo enzimático de resistencia. También se asoció con múltiple resistencia excepto para polimixina B (5%) y minociclina (12%). Los estudios epidemiológicos demostraron que todos los aislamientos correspondieron a *Acinetobacter baumannii* biotipo 8 y 9 y que pertenecieron a tres clones distintos. El clon I fue solamente hallado en UCIP y el clon III y IV en Clínica Médica y en UTI adultos. Las diferencias fenotípicas entre el clon III y IV fue la sensibilidad a minociclina. En *P. aeruginosa* la resistencia a imipenem y meropenem fue 42% y 40% respectivamente, presentando resistencia similar para ceftazidima (46%), piperacilina/tazobactam (49%) y piperacilina (50%). En *P. aeruginosa* no se pudo evaluar la forma de diseminación de la resistencia a carbapenemes. **Conclusiones:** los estudios de clonalidad en *A. baumannii* muestran una diseminación de cepas resistentes y avalan la necesidad de intensificar las medidas de control de la IH además del uso prudente de estos antimicrobianos y la probable utilidad de su ciclaje.

**9. Resistencia a los  $\beta$ -lactámicos en *Streptococcus pneumoniae*: implicancia clínica en la neumonía aguda de la comunidad.** Famiglietti A., Vay C., de Mier C., Rodríguez H. C., Juárez J., Foccoli A., Luna C. M., Lasala M. B.

Laboratorio de Bacteriología Clínica, Dpto. de Bioquímica Clínica, Hospital de Clínicas, Facultad de Farmacia y Bioquímica, Div. Infectología y Neumonología, Hospital de Clínicas "José de San Martín". UBA. Ciudad de Buenos Aires. Argentina.

*Streptococcus pneumoniae* es la causa más frecuente de neumonía adquirida en la comunidad (NAC), sin embargo el impacto clínico de *S. pneumoniae* resistente a penicilina (SPRP) continúa en debate debido en parte a la confusión existente alrededor de la definición de SPRP. Según el criterio poblacional, una cepa de *S. pneumoniae* se considera resistente a penicilina cuando su CIM es mayor o igual a 0.1  $\mu\text{g/ml}$  (en esta situación se encuentran alteradas algunas proteínas ligadoras de penicilina). Esta categoría de resistencia tiene impacto clínico en el tratamiento de meningitis y otitis media pero no en la neumonía. Hay evidencias que pacientes con NAC causada por *S. pneumoniae* con sensibilidad intermedia (CIM: 0.125-1  $\mu\text{g/ml}$ ), responden satisfactoriamente al tratamiento con dosis adecuadas de penicilina o aminopenicilinas. Por otra parte, en las infecciones no meningéas se considera resistente a ceftriaxona cuando la CIM es  $\geq 4 \mu\text{g/ml}$  y a amoxicilina cuando la CIM es  $\geq 8 \mu\text{g/ml}$ . **Objetivo:** evaluación retrospectiva de la sensibilidad a penicilina y ceftriaxona de los neumococos provenientes de infecciones respiratorias aisladas entre julio de 1997 y diciembre de 2001. **Materiales y Métodos:** la sensibilidad a penicilina y ceftriaxona se determinó a través de la dilución en caldo siguiendo las recomendaciones del NCCLS. **Resultados:** la resistencia a penicilina en *S. pneumoniae* provenientes de pacientes con NAC fue 28%, en 1997-1998; 24% en 1999, 19% en 2000 y 8% en 2001. Considerando el criterio de presencia de resistencia cuando la CIM a penicilina es  $>2 \mu\text{g/ml}$ , la resistencia se reduce a 9%, 7%, 4% y 0% respectivamente. Del total de los aislamientos con sensibilidad disminuida a penicilina (CIM  $\geq 0.125 \mu\text{g/ml}$ ) solamente el 2.6% presentó resistencia a ceftriaxona (CIM = 4  $\mu\text{g/ml}$ ). **Conclusiones:** estos resultados avalaron el uso de penicilina y aminopenicilinas en el tratamiento de las NAC, aún cuando la cepa aislada presente sensibilidad intermedia a penicilina, teniendo en cuenta las características farmacodinámicas de estos antimicrobianos.

**10. Análisis de la resistencia de microorganismos de origen intrahospitalarios (IH) aislados en Clínica Médica.** Famiglietti A., Rodríguez H. C., Rodríguez C., Weyland B., Foccoli M., Tiraboschi N., Lasala M. B., Vay C.

Laboratorio de Bacteriología, Depto. de Bioquímica Clínica, Hospital de Clínicas, Facultad de Farmacia y Bioquímica, UBA. Ciudad de Buenos Aires. Argentina. Servicio de Infectología. Hospital de Clínicas "José de San Martín". UBA. Ciudad de Buenos Aires. Argentina.

**Objetivo:** evaluar la prevalencia de gérmenes de origen IH aislados durante el año 2001 en Clínica Médica y evaluar la resistencia a los antimicrobianos. **Materiales y métodos:** la identificación y sensibilidad a los antimicrobianos se realizó por el sistema automatizado Vitek y en algunos casos por la metodología convencional. **Resultados:** de un total de 1556 microorganismos, 819 (53%) fueron IH, 47% correspondieron a bacterias gram-negativas, 37% a gram-positivas y 16% a levaduras. *Candida* spp (16%) y *Staphylococcus aureus* (15%) ocuparon el primer lugar seguidos de estafilococos coagulasa-negativos (12%), *Acinetobacter* spp (8.5%), *Pseudomonas aeruginosa* (8.5%), *Klebsiella pneumoniae* (7.2%) y *Escherichia coli* (7.2%). En las enterobacterias la resistencia a las cefalosporinas de espectro extendido (CEE) fue alta y se presentó en las siguientes especies: *K. pneumoniae* 76%, *E. cloacae* 54%, *E. coli* 26%, *P. mirabilis* 25%. Se observó un alto porcentaje de resistencia a las fluorquinolonas con valores entre 39% y 69%. En *P. aeruginosa* los antimicrobianos más activos "in vitro" fueron: polimixina > imipenem > meropenem > ceftazidima > piperacilina > ampicilina > ciprofloxacina con 4%, 38%, 42%, 49%, 53%, 67% y 72% respectivamente. En *Acinetobacter* spp meropenem fue más activo que imipenem, 38% vs 51% de resistencia respectivamente. Viejos antibióticos como polimixina B y minociclina presentaron bajos porcentajes de resistencia, 5% y 12% respectivamente. La meticilino-resistencia en *S. aureus* y ECN fue 88 y 73% respectivamente. No se aislaron estafilococos resistentes a vancomicina y la resistencia a teicoplanina fue inferior al 2% en ambos microorganismos. Luego de los glucopépticos los antibióticos más activos en *S. aureus* fueron linezolid > minociclina > rifampicina > TMS, 0%, 7%, 10% y 23% de resistencia respectivamente. Del total de los enterococos aislados (67) 22% fueron vancomicina resistentes (EVR) y todos correspondieron a *E. faecium* y presentaron resistencia simultánea a: teicoplanina, ampicilina y ciprofloxacina. Viejos antibióticos como minociclina y cloranfenicol presentaron bajos porcentajes de resistencia y no se observaron cepas resistentes a linezolid. De las 130 levaduras aisladas 116 (89%) provinieron de muestras de orina y solamente el 40.5% correspondieron a *Candida albicans*. La sensibilidad a los antimicóticos fue la esperada. **Conclusión:** los altos niveles de resistencia hallados avalan la necesidad de intensificar las medidas de control de infección IH, restringir el uso de antibióticos de última generación y fomentar su rotación para revertir la situación actual.

**11. Factores predisponentes para la denuncia de exposiciones accidentales a patógenos transmitidos por sangre en trabajadores de la salud.** Hojman Martín, Stecher Daniel, Lasala María Beatriz

División Infectología. Hospital de Clínicas "José de San Martín". UBA. Ciudad de Buenos Aires. Argentina.

**Objetivo:** Evaluar presencia de factores predisponentes para la comunicación de exposiciones accidentales a patógenos transmitidos por sangre (EAPTPS) en trabajadores de la salud (TS). **Material y Métodos:** Se realizó un cuestionario por escrito, anónimo, a los TS de nuestro hospital. Datos: sexo, edad, cargo, especialidad, lugar de trabajo dentro del hospital, tipo y n° de EAPTPS en los últimos 3 años, accidentes comunicados y razones para no haberlos reportado. Se realizó un estudio de caso-control. **Resultados:** Fueron contestados 190 cuestionarios. El 59,5% (113) tuvo accidentes, de los que fueron comunicados (40,7%). **Conclusiones:** En el Programa de Vigilancia, Prevención y Control debe agregarse a la educación habitual estrategias dirigidas a la jerarquización de las EAPTPS por salpicaduras y a los médicos como grupo de trabajo especial.

	Notificación		OR (IC: 5 – 95)	P
	SI	NO		
Sexo				
- Femenino	32	42	1,36 (0,56<OR<3,30)	
- Masculino	14	25	0,73 (0,31<OR<1,76)	
Edad				
- < 30 años	18	28	1,30 (0,57<OR<2,97)	
- 30 – 40 años	19	25	0,81 (0,32<OR<2,04)	
- <40 años	37	53	1,17 (0,4<OR<3,45)	
- 41-50 años	6	8	1,50 (0,39<OR<5,75)	
- > 50 años	2	5	0,55 (0,07<OR<3,45)	
Antigüedad <10 años	32	41	0,83 (0,29 – 2,37)	
Medico	12	34	2,92 (1,20 – 7,17)	0,0015
Enfermeras	18	14	0,51 (0,20-1,28)	
Otros	16	19	2,04 (0,83-5,03)	
Tipo de Acc				
- Punción con aguja	38	26	7,49 (2,77 – 20,87)	0,0000391
- Corte vidrio + bisturí	10	17	0,78 (2,28 – 2,12)	
- Salpicadura	20	52	0,07 (0,02-0,24)	0,00020
			(factor protector)	

## 12. Bacteriemia por *Enterococcus faecium*. Focoli Mónica, Lasala María Beatriz

*División Infectología. Hospital de Clínicas "José de San Martín". UBA. Ciudad de Buenos Aires. Argentina.*

**Objetivos:** Comparar factores de riesgo de bacteriemias asociadas a catéteres (BAC) producidas por *Enterococcus faecium* vancomicina resistente (EVR), *Staphylococcus aureus* (Sa) y *Staphylococcus coagulans negativo* (Scn). **Material y Métodos:** Estudio retrospectivo de casos de BAC producidas por EVR, Sa, Scn ocurridos en el Hospital de Clínicas, durante 2000-2001. Se evaluó: edad, sexo, índice de severidad al ingreso (IGS), área de adquisición de BAC, días previos a infección, ATB previos, cirugías, mortalidad y mortalidad asociada. Definición de bacteriemias: según los criterios del NISS. Definición de IGS: nivel 3: ingreso a sala, patología moderada-severa, nivel 4: ingreso a UTI. Análisis estadístico: Test de Fisher. Odds ratio. **Resultados:**

	BAC EVR	BAC Sa	BAC Scn	
Casos: n	6	30	34	
Edad media	68 años	64 años	49 años	
Sexo	M 2 F 4	M 17 F 13	M 15 F 19	P: NS
IGS	Nivel 3: 1 Nivel 4: 5	Nivel 3: 17 Nivel 4: 14	Nivel 3: 21 Nivel 4: 13	EVR/Sa: p:0.08- OR:6.5(1.1<OR<47.5) EVR/Scn: p:0.27 OR:3.1(0.5<OR<22.3)
Área-adquisición de BAC	Áreas críticas:5 Sala: 1	Áreas críticas:23 Sala: 7	Áreas críticas:25 Sala: 9	P: NS
Días/internación previos a BAC	20	14	14	P: NS
ATB previos a BAC	6/6	16/30	28/34	EVR/Sa: p:0.045 OR: NA EVR/Scn: p:0.3
Cirugías	1/6	6/30	4/34	P: NS
Mortalidad	5/6	6/30	3/34	EVR/Sa: p:0.006 EVR/Scn: p:0.001- P: NS
Mortalidad asociada	4/5	3/6	1/3	

**Conclusión:** La severidad al ingreso al hospital y el antecedente de ATB previo fueron los factores estadísticamente significativos como riesgo específico para BAC por EVR. La alta mortalidad de esta forma invasiva marca el alerta en extremar las medidas de aislamiento de los pacientes portadores de EVR para controlar su diseminación.

## 13. Prevención de infecciones transmitidas por sangre en el personal de la salud. Hojman Martín, Stecher Daniel, Nadal Paula, Lasala María Beatriz

*División Infectología. Hospital de Clínicas "José de San Martín". UBA. Ciudad de Buenos Aires. Argentina.*

**Objetivos:** Conocer la frecuencia y tipo de exposiciones a patógenos transmitidos por sangre en el personal de la salud del hospital y los resultados de un programa de vigilancia, prevención y control. **Material y Métodos:** Se analizaron retrospectivamente las exposiciones a patógenos transmitidos por sangre (HIV, HB y HCV) ocurridos en el personal de la salud del hospital entre los años 1998 y 2001 notificados al Programa, evaluándose función del personal, mecanismo, características de la fuente, profilaxis indicada y evolución del personal expuesto. **Resultados:** Se notificaron 303 exposiciones (75,7/año), correspondiendo 31 % a médicos, 21% enfermeras, 14% instrumentadoras y 44% a otro tipo de personal. El mecanismo más frecuente fue la inoculación percutánea (83%) y el material implicado la aguja hueca (54%). Las exposiciones ocurrieron más frecuentemente en salas de clínica médica (26%) y quirófano (22%). Se identificó la fuente en el 81% de los casos (HIV R 6,1%, HbsAg R 3,2% y HCV R 11,1%). Se indicó profilaxis post-exposición para HIV en el 13% de los casos, cumpliéndose la en el 30%. Con respecto a profilaxis para HB se indicó gammaglobulina y vacuna en el 3,6% y vacuna solo en el 16% de los expuestos. No se registró ningún caso de seroconversión para HIV, HB ni HCV en el personal evaluado.

**Conclusiones:** La exposición a patógenos transmitidos por sangre en el personal de la salud es un riesgo habitual en el hospital. La implementación de un Programa de Vigilancia, Prevención y Control permitió su detección y prevención del desarrollo de infecciones.

## 14. Prevalencia de los diferentes genotipos de HCV en la Argentina. Gambino G, Daruich J., Rey J., Kohan A., Findor J., Nakatsuno M.

*Laboratorio de Biología Molecular, Depto. de Gastroenterología y Servicio de Hemoterapia. Hospital de Clínicas "José de San Martín". UBA. Ciudad de Buenos Aires. Argentina.*

**Introducción:** El virus de la Hepatitis C (HCV) es un virus que puede ser transmitido a través de la sangre. Es un RNA virus con un genoma de cadena simple y polaridad positiva, de aproximadamente 10000 pares de bases que codifican para una poliproteína de 3000 aminoácidos, que se escinde por proteasas virales y celulares para originar las distintas proteínas del virus maduro. El mayor inconveniente de esta infección es el alto grado de cronicidad que presentan estos pacientes (85%). Su prevalencia mundial varía entre un 0.6% hasta un 2.5%, siendo la de Argentina de aproximadamente un 2%. Debido a la variabilidad que puede presentar en la región 5' no codificante de su genoma se pueden distinguir seis grandes genotipos (1 a 6). Los diferentes genotipos presentan una distribución geográfica diferente y conocer el genotipo (1 o no 1) es un dato de utilidad para determinar el tiempo de tratamiento antiviral. **Objetivo:** Establecer la prevalencia de los diferentes genotipos en un grupo de pacientes con diagnóstico de infección crónica HCV. **Materiales y Métodos:** Se estudiaron sueros de 427 pacientes con anticuerpos anti-HCV y niveles detectables de viremia. Genotipificación: utilizando el reactivo comercial InnoLipa II (Innogenetics) en el cual el RNA es extraído utilizando columnas comerciales de sílica QiAmp (QUIAGEN). Posteriormente el RNA es sometido a un proceso de retrotranscripción con la enzima MML V-RT y el cDNA resultante es amplificado selectivamente mediante una nested PCR utilizando primers biotinilados de la región 5' no codificante. El amplicón luego es hibridizado con sondas tipo específicas. **Resultados:** El 62% de los pacientes estudiados en esta serie corresponden al genotipo 1 (1b: 63%, 1a:35% y 1 no subtipificable: 2%. Mucho menos frecuentes resultaron los genotipos 2 a/2c (17%), 2 no subtipificable (2%), 2b (1%), 3 a (13%), 4 (1%) y mixto (4%). **Conclusiones:** El genotipo prevalente en nuestro medio es el genotipo 1 y fueron de baja incidencia los genotipos mixtos. De esto se deduce que en nuestra población el estudio de genotipificación es de gran utilidad para establecer el tipo de tratamiento más adecuado para cada paciente.

## 15. Tumor intraductal papilar mucinoso (TIPM) pancreático: utilidad de la colangiopancreatografía (CPRM) en

**el diagnóstico y planeamiento de la resección quirúrgica.** Bruno M., Canale N., Bruno C., Ocampo C., Oria A.\*

*Fundación Científica del Sur. Lomas de Zamora. Buenos Aires y Hospital Argerich\*. Ciudad de Buenos Aires. Argentina*

**Objetivos:** Valorar utilidad de la CPRM en la detección de TIPM pancreáticos, midiendo su sensibilidad para planear la resección quirúrgica. **Material y Métodos:** Se efectuó CPRM con equipo de 1.5T en 12 pacientes con TIPM pancreático (siete tipo conducto principal; dos tipo rama secundaria y tres tipo mixto) que fueron quirúrgicamente reseccionados e histológicamente confirmados. Los hallazgos de imágenes fueron corroborados durante la cirugía, midiendo sensibilidad de la CPRM para diagnosticar la extensión de la lesión canalicular, mediante biopsias por congelación en bordes de resección sugeridas por imágenes. **Resultados:** En todos los casos la CPRM identificó correctamente dilatación del conducto de Wirsung o sus ramas, la tumoración quística, presencia de septos o proyecciones papilares en su luz y en el 66,6 % de casos comunicaciones entre el tumor y el conducto de Wirsung. En 11 pacientes hubo una adecuada correlación entre imágenes de CPRM y hallazgos anatómicos quirúrgicos. En 1 caso (IMPT tipo conducto principal segmentario) el informe fue incorrecto, pues subvaloró la extensión de lesión canalicular (sensibilidad 91,6 %). **Conclusiones:** La CPRM permite una excelente discriminación del compromiso canalicular pancreático en TIPM, constituyendo un método de diagnóstico por imágenes no invasivo de gran sensibilidad para determinar la estrategia quirúrgica en las resecciones de TIPM pancreáticos.

**16. Recidiva en pacientes con hepatitis crónica C (CHC) con respuesta sostenida al tratamiento.** Cavallaro S., Manero E., Sorda J., González E., Avagnina A., Krasniansky D., Daruich J., Findor J.

*Hospital de Clínicas "José de San Martín". UBA. Ciudad de Buenos Aires. Argentina.*

**Objetivo:** Evaluar la frecuencia de recaída en pacientes con CHC respondedores sostenidos después del tratamiento antiviral. **Material y Método:** Se incluyeron 80 pacientes con CHC con histología hepática compatible (varones 56%), con una edad mediana de 39 años (7-64), con HCV RNA negativo al sexto mes postratamiento. La mediana del tiempo de seguimiento fue 60 meses (22-149). Se investigó el genotipo HCV (INNO LiPAII). Semestralmente se estudiaron ALT y HCV RNA (Amplificor HCV). Las biopsias fueron evaluadas mediante el Score de Knodell modificado. **Resultados:** La histología hepática inicial mostró hepatitis crónica (CH) mínima en 42 pacientes, moderada en 29, severa en 4 y cirrosis en 4. Durante el seguimiento recidivaron 11 pacientes (13%); 2 durante los primeros 6 meses después de la inclusión, 2 entre 6 y 12 meses, 3 entre 12 y 24, 2 entre 24 y 36 y 1 al mes 66. Ninguno tenía cirrosis. El genotipo 1 fue detectado en el 58% de todos los pacientes y en el 66% de aquellos con recaída (p=NS). **Conclusión:** La recaída después de la respuesta sostenida es infrecuente. Se observó con mayor frecuencia antes de los 36 meses. El genotipo y la histología no mostraron influencia en la recaída. Seguimientos a largo plazo deben realizarse para detectar recaídas tardías.

**17. Asociación Familiar de enfermedad hepática autoinmune.** Gonzalez E., Cavallaro S., Sordá J., Manero E., Daruich J., Findor J.

*Sección Hepatología. Hospital de Clínicas "José de San Martín". UBA. Ciudad de Buenos Aires. Argentina.*

**Objetivo:** Investigar la presencia de enfermedad hepática familiar autoinmune (EHFA) a partir de casos índices. **Materiales y Método:** La observación familiar de EHFA fue investigada en 204 casos de cirrosis biliar primaria (CBP) (196 mujeres) y en 219 de hepatitis autoinmune tipo 1 (HA1) (183 mujeres), diagnosticados en nuestra Sección entre 1985 y 2000. Se incluyeron pacientes que cumplieron criterios diagnósticos de CBP y

HA1 aceptados internacionalmente (clínicos, inmunológicos e histología hepática). **Resultados:** Se identificaron 6 familias con 2 miembros cada una con EHFA. En cuatro de ellas el caso índice fue HA1. Esta asociación fue observada entre madre e hija en tres oportunidades y en un caso se comprobó HA1 con CBP en su hermana. En las otras dos familias los casos índices fueron CBP con HA1 en una hermana y CBP con anticuerpos antimitocondriales negativos (AMA) en madre e hija. **Conclusiones:** La baja asociación familiar puede deberse a que sólo fueron incluidos casos sintomáticos. Nuestros resultados muestran la existencia de ambas enfermedades hepáticas en la misma familia lo que sugiere la asociación de diversas entidades de linaje autoinmune. La frecuencia de asociación familiar de HA1 se observó más prominente que la de CBP. También se comprobó que la asociación familiar de CBP AMA negativo es posible confirmando que no hay diferencias significativas entre esta y la CBP AMA positivo.

**18. Seguimiento prolongado de pacientes con hepatitis crónica C (CHC) con aminotransferasas normales.** González E., Cavallaro S., Manero E., Nakatsuno M., Sorda M., Avagnina A., Daruich J., Findor J.

*Hospital de Clínicas "José de San Martín". UBA. Ciudad de Buenos Aires. Argentina.*

**Objetivo:** Definir las diferencias entre pacientes con ALT persistentemente normales y aquellos con mínima elevación (<1,5 por encima del valor normal [xVN]). **Material y Métodos:** Se incluyeron 180 pacientes divididos en grupos (G) A: 57 con ALT persistentemente normal, GB: 46 con ALT aumentada hasta 1,5 xVN y el GC: 87 con ALT >1,5 xVN. El seguimiento medio fue 34,3 meses (DS ±23,6). Al inicio se biopsiaron todos los pacientes. Una segunda biopsia, a los 2 años, fue realizada en 24. Se estudió genotipo (INNO LiPAII) y carga viral HCV (Amplificor Monitor). Análisis estadístico: Test de Fischer y Varianza. **Resultados:** Edad, sexo y prevalencia de genotipo 1 fueron similares en los 3 grupos. La actividad necroinflamatoria fue significativamente menor en el GA comparado con el GB (p=0,0008) y GC (p=0,0000). El estadio de fibrosis fue similar en el GA y GB pero significativamente mayor en el GC (p=0,0000). Se comprobó cirrosis en 7 pacientes del GA y GB (6,7%) y en 19 del GC (21,8%) (p=0,0005). La segunda biopsia no mostró cambios significativos.

**19. Biopsia hepática laparoscópica en 80 pacientes hemofílicos adultos portadores de hepatitis crónica C (CHC).** Manero E., Pérez Bianco R., Cermelj M., González E., Tezanos Pinto M., Daruich J., Findor J.

*Hospital de Clínicas "José de San Martín". UBA. Ciudad de Buenos Aires. Argentina y Academia de Medicina. Ciudad de Buenos Aires. Argentina.*

**Objetivo:** Evaluar la seguridad y correlación clínica de la biopsia hepática laparoscópica en hemofílicos con CHC. **Material y Métodos:** 80 pacientes hemofílicos, grupo (G) GA: 20 pacientes mayores de 15 y menores de 30 años y GB mayores de 30 años con anti HCV (ELISA) y HCV RNA (nRT-PCR) positivos fueron incluidos. En todos ellos se estudio ALT y genotipo viral (INNO LiPAII). La biopsia hepática laparoscópica se efectuó después de administrar factores de coagulación. **Criterios de Exclusión:** Presencia de inhibidores de la coagulación y/o enfermedad hepática descompensada. Análisis estadístico: Test de Student y Varianza. **Resultados:** En el GA la ALT fue anormal en 3 pacientes (15%) y en el GB en 8 (13,3%)(p=NS). En el GA se comprobó cirrosis en 3 (15%) y en el GB en 26 (43,3%)(p=0,008). El genotipo prevalente fue el 1a en ambos grupos (GA, 50% y GB, 38,3%)(p=NS). La mortalidad por enfermedad hepática fue de 1 caso en el GA (5%) y en el GB 6 (10%)(p=NS). **Conclusiones:** La enfermedad hepática avanzada es frecuente en hemofílicos principalmente en mayores de 30 años, probablemente relacionado con el largo tiempo de infección HCV. En esta serie no se observó relación entre la hepatopatía y el nivel de ALT o genotipo HCV. Los niveles de ALT fueron persistentemente normales en

el GA, pero mostraron elevaciones frecuentes en el GB. **Conclusiones:** Los pacientes con ALT persistentemente normales muestran moderado daño hepático, pero aquellos con una mínima elevación frecuentemente muestran reactivación.

**20. Anticuerpos específicos y citoquinas en la inmunoterapia (IT) con un antígeno de periplaneta americana (PA) en atópicos.** Albónico J.F., Mouchián K., Pionetti C. H., Bignone M. L., Seoane M. A., Irañeta S. G., Alonso A.

*Div. Alergia. Hospital de Clínicas "José de San Martín". UBA. Ciudad de Buenos Aires. Argentina.*

Se exponen los resultados obtenidos en un proyecto de IT con un antígeno de Pa (Pa-1) purificado por columna de Sephadex G-200 con un peso molecular de 180 kDa y una actividad de serina-proteasa demostrada. Se valoraron las concentraciones séricas de IgE total e IgE e IgG-RAST-anti-Pa-1, IL2, IL-4, IL-4R e IFN-g antes y después de cada año de IT. Mientras que las concentraciones de las IgE total y específica no se modificaron a lo largo de todo el estudio, los valores de la IgG-anti-Pa-1 ascendieron desde el primer año, logrando una importante significación ( $p < 0.002$  hasta  $p < 0.001$ ). Los valores de las citoquinas mostraron un descenso significativo ( $p = 0.05$  a  $p = 0.01$ ), que al 3° año se equipararon a aquellos sujetos no atópicos del grupo control. Al analizar la evolución clínica de los signos y síntomas constatados en planillas ad-hoc se detectó que tras 3 años de IT la disminución de los estornudos, rinohiperemia y obstrucción nasal era significativa con respecto a los atópicos no vacunados ( $p = 0.001$ ;  $p < 0.001$ ;  $p = 0.001$ , respectivamente). Por otro lado, al compararse los atópicos vacunados con los controles presentaban al 3° año concentraciones similares de citoquinas séricas ( $p = 0.2$ ). Estos hallazgos ratifican las modificaciones inmunológicas durante la IT, la correlación positiva con la mejoría sintomática y el posible cambio funcional linfocitario CD4-TH2 a CD4-TH1 en sujetos atópicos portadores de rinitis perenne hipersensibles a los antígenos de la cucaracha Pa.

**21. Anticuerpos específicos y citoquinas en la inmunoterapia (IT) con un antígeno de penicillium notatum (Pn) en atópicos.** Mouchián K., Albónico J. F., Bignone M. L., Pionetti C. H., Potenza M., Alonso A.

*Div. Alergia. Hospital de Clínicas "José de San Martín". UBA. Ciudad de Buenos Aires. Argentina.*

Se vacunaron semanalmente durante 3 años, 20 riniticos con una fracción (F20-60) obtenida por pasaje por Sephadex G-50 del Pn con un peso molecular de 52 kDa y un pl de 6. Los pacientes tenían una IgE sérica total de  $235 \pm 82$  KU/L y una prueba cutánea positiva  $3 \times 7$  mm (eritema pápula). Un grupo de 12 atópicos no recibió IT y otros 20 no atópicos constituyeron los grupos controles. Se midieron cada año los valores séricos de IgE total y específica (RAST), de IgG (RAST), de IL-2, IL-4, IL-4R e IFN-g. Los signos y los síntomas valorados como estornudos, rinohiperemia y obstrucción nasal se registraron por una planilla ad-hoc. Mientras que las concentraciones de las IgE total y específica no se modificaron a lo largo de los 3 años, los valores de la IgG-anti-F20-60 ascendieron desde el primer año con una importante significación ( $p < 0.002$  a  $p < 0.001$ ). Los valores de las citoquinas mostraron un descenso significativo ( $p = 0.05$  a  $p = 0.01$ ), que al 3° año se equipararon a aquellos sujetos no atópicos del grupo control. La evolución clínica al 3° año fue significativamente mejor que la de los atópicos no vacunados ( $p < 0.01$ ). Por otro lado, al compararse las concentraciones de las citoquinas séricas entre vacunados y controles no atópicos no se advirtió significación ( $p = 0.2$ ). Estos hallazgos ratifican los cambios inmunológicos atribuidos a la IT en los atópicos con un posible «switch» funcional de los LTCD4-TH2 a LTCD4-TH1, en sujetos hipersensibles a los antígenos del Pn.

**22. Importancia de la actividad proteásica y gelatinolítica del acaro dermatophagoides pteronyssinus y la cucaracha periplaneta americana.** Irañeta S. G., Duschak V. G., Rodríguez S. M., Seoane M. A.

*Div. Alergia. Hospital de Clínicas "José de San Martín". UBA. Ciudad de Buenos Aires. Argentina.*

Los extractos alergénicos son mezclas complejas de proteínas y glucoproteínas. Algunas de ellas pueden actuar como proteinasas (endopeptidasas) con la capacidad de degradar a otras proteínas en una mezcla de extractos. Se estudió la existencia de proteasas en extractos de ácaros y de cucaracha mediante geles de poli(acrilamida) con gelatina incorporada como sustrato y su antigenicidad por Western-blot. Se detectó una importante actividad gelatinolítica en una banda comprendida entre 45 y 66 kDa y una actividad menor en los 32 kDa para el ácaro. La cucaracha mostró un patrón más complejo con bandas en 90, 78, 65, 34, 32 y 24 kDa. La mayor gelatinólisis se observó a pH 6 para ambos extractos. Como inhibidores de las proteasas se usaron E64, TLCK, TPCK, PMSF, leupeptin, pepstatin-A y o-fenantrolina, que revelaron la presencia de serin y cistein-proteinasas siendo la primera del tipo tripsina. El Western-blot empleando sueros humanos con probada IgE contra ambos antígenos mostró bandas reactivas en 200, 110, 65, 60 y 43 kDa para el ácaro, y, en 90, 78, 65 y 34 kDa para la cucaracha con mayor antigenicidad la de 200 kDa para Dermatophagoides y las 3 primeras para Periplaneta. Se demuestra una correlación entre la gelatinólisis de las proteasas, la inmunorreactividad y la necesidad imperiosa de que otras proteínas alergénicas no compartan frascos-vacuna con estas poderosas proteinasas.

**23. Importancia de la actividad proteásica y gelatinolítica del hongo aspergillus fumigatus (Af).** Irañeta S. G., Duschak V. G., Rodríguez S. M., Seoane M. A.

*Div. Alergia. Hospital de Clínicas "José de San Martín". UBA. Ciudad de Buenos Aires. Argentina.*

La actividad proteolítica de un extracto de Af fue estudiada en geles de poli(acrilamida) conteniendo gelatina a diferentes pHs. El patrón gelatinolítico mostró 3 actividades mayores (bandas de 180, 70 y 34 kDa) en un rango de pH entre 4 y 8. Todas las bandas evidenciaron el máximo de actividad a pH 8 disminuyendo a pHs menores y desapareciendo a pH 2. La susceptibilidad de la actividad proteolítica a los diferentes inhibidores confirmó que el extracto contenía serina-proteinasas, y que una de ellas, de 34 kDa se comportó como una proteasa del tipo quimiotripsina. Mediante el Western-blot se detectó inmunorreactividad con sueros de pacientes alérgicos al Af (IgE-anti-Af) frente a las bandas de 180 y de 84 kDa corridas en presencia y en ausencia de agentes reductores como el DTT. En la forma nativa una 3° banda inmunorreactiva de 70 kDa perdió tal propiedad. La banda de 34 kDa no mostró relación con la IgE. El tratamiento con periodato causa la disminución o desaparición de la inmunorreactividad de las bandas demostrando que los epitopes reconocidos por la IgE-anti-Af están parcialmente compuestos por carbohidratos (180 y 70 kDa) o son totalmente carbohidratos (84 kDa). Se concluye asumiendo que proteasas del tipo serina podrían ser uno de los factores responsables de la alergenicidad del Af.

**24. Inmunopatología de los antígenos del murciélago en los animales y en humanos atópicos.** Alonso A., Mouchián K., Pionetti C. H., Albónico J. F., Soto M. M., Potenza M., Bignone M. L., Irañeta S. G., Seoane M. A.

*Div. Alergia. Hospital de Clínicas "José de San Martín". UBA. Ciudad de Buenos Aires. Argentina.*

Los antígenos de los ácaros, cucarachas, pólenes, hongos anemófilos y triatómicos, han probado su capacidad sensibilizante en humanos atópicos con patología respiratoria. Los edificios de departamentos albergan en los taparrollos de las persianas de sus habitaciones a una nueva plaga del habitad citadino: los murciélagos (BAT). Sus heces (murcielaquina), la orina y los pelos de estos mamíferos contaminan las ventanas y emiten un olor típico. Un extracto de heces (20 mg/ml de proteínas-Bradford) fue pasado por una columna de Sephadex G-150 y se obtuvo un pico proteico (tubos 42-57). En un modelo animal en conejos se logró la síntesis de anticuerpos IgG espe-

cíficos demostrados por diversas técnicas. Cobayos aerosolizados durante 12 semanas desarrollaron lesiones pulmonares compatibles con una bronquiolitis celular, infiltrados intersticiales y granulomas solitarios no caseosos (neumonitis por hipersensibilidad) con mayoría de LTCD8+. En 47 atópicos con rinitis perenne/asma bronquial se realizaron pruebas cutáneas de hipersensibilidad inmediata; 19 de ellos mostraron eritema/pápula de significación. Los controles fueron negativos. El RAST-IgE anti-BAT fue mayor de 0.35 PRU/ml en los 19 positivos y no significativo en los restantes. El SDS-PAGE reveló bandas entre 26 y 66 kDa con Western-blot reactivo en 43 y 66 kDa con un pl entre 4 y 6 . En el SDS-PAGE con gelatina se detectó mayor actividad proteinásica a pH 8. Los hallazgos sostienen la capacidad sensibilizante de productos provenientes del BAT y deben ser tenidos en cuenta a la hora de valorar la sintomatología del paciente alérgico respiratorio.

## 25. Reacciones adversas a medicamentos en pacientes internados. Belluci S.\*, Melero M.\*\* , Baldessari E.\*\*

*Departamento de Farmacia\* y Departamento de Medicina\*\* del Hospital de Clínicas "José de San Martín". UBA. Ciudad de Buenos Aires. Argentina.*

Las reacciones adversas a los medicamentos (RAM) constituyen un importante problema de salud, especialmente en el ámbito hospitalario. Durante una internación cada paciente recibe en promedio alrededor de 10 fármacos diferentes. Estos eventos tienen un impacto importante tanto en lo asistencial como en lo económico. **Objetivos:** Realizar un estudio descriptivo acerca de las comunicaciones efectuadas al ANMAT de eventos adversos en pacientes hospitalizados. Difundir y fomentar la importancia de su comunicación a las autoridades sanitarias. **Metodología:** Se realizó un seguimiento farmacológico de los pacientes internados en el Departamento de Medicina Interna del Hospital de Clínicas "José de San Martín" desde octubre de 2000 a febrero de 2002. Cuando el farmacéutico reconocía una reacción adversa a medicamentos y una vez establecida su posible vinculación se completaba la ficha de comunicación de eventos adversos del ANMAT. Se comunicaron 17 eventos adversos relacionados al uso de medicamentos. **Resultados:** El 35 % de las RAM fueron a nivel cutáneo, el 29 % afectó al hígado, el 18 % al sistema nervioso, el 6 % afectó al riñón, un 6 % la piel y el 6 % restante fueron cardíacas. El 41,17 % (7 casos) de las RAM fueron secundarias al uso de antibióticos. Los antiinflamatorios representaron el 17,64 % (3 casos) seguidos por los antiretrovirales 11,76 % (2), el contraste radiológico 6 % (1), los neurolépticos 6 % (1), los anestésicos 6 % (1) y los antiandrogénos 6 % (1). Del total de RAM, 9 (52,9%) fueron reacciones adversas severas, (3 hepáticas, 3 neurológicas, 2 cutáneas y 1 cardíaca). El promedio de uso de fármacos por paciente fue de 4,8. **Comentario:** Al igual que en otras comunicaciones las reacciones cutáneas fueron las RAM más frecuentes y los antibióticos constituyeron la principal causa de RAM. Las RAM más graves fueron causadas por compromiso hepático y del sistema nervioso central. Los casos comunicados en este estudio tuvieron un promedio de uso de fármacos que estuvo por debajo del valor consignado en la literatura como de mayor riesgo de padecer una RAM.

## 26. Incidencia de complicaciones de la biopsia renal percutánea con aguja semiautomática bajo control ecográfico. De Rosa Marcelo Alejandro, Nadal Miguel Angel, Roperto Susana Hebe

*División Nefrología. Hospital de Clínicas "José de San Martín". UBA. Ciudad de Buenos Aires. Argentina.*

**Objetivo del estudio:** Establecer la incidencia de complicaciones de la punción biopsia renal (PBR) con aguja semiautomática bajo control ecográfico. **Metodología:** Entre enero de 1999 y diciembre de 2001 se efectuaron 104 biopsias renales a pacientes con diferentes síndromes renales. Se realizaron 87 PBR en pacientes ambulatorios, y 17 en pacientes internados. En exámenes pre PBR fueron solicitados hematócrito, tpo. de protrombina, KPTT, tiempo de sangría, recuento de plaquetas y

una radiografía simple de abdomen. Se realizaron ecografías pre, durante y posPBR como parte del procedimiento. A 6 pacientes con insuficiencia renal severa, creatinina > 3 , se les indicó desmopresina en goteo pre PBR. Se obtuvo tejido renal adecuado para diagnóstico en 102 pacientes. **Resultados:** Las complicaciones asociadas al procedimiento biópsico fueron:

	n°	%
Dolor local leve:	15	14
Hematoma asintomático diagnosticado por ecografía:	94	91
Hematoma sintomático clínicamente evidente y corroborado por ecografía: #	2	2
Hematuria con cólico renal por eliminación de coágulos sanguíneos: #	2	2
Hematuria por fístula AV: #	1	1
Nefrectomía:	0	

**Conclusiones:** La incidencia de complicaciones clínicamente significativas (#) pos PBR fue de 4,8%. Del total de PBR efectuadas en forma ambulatoria, solo 2 pacientes fueron hospitalizados (2,2%) Creemos que la combinación de la técnica convencional descrita por Klark y Muerke y su asociación con la ecografía es una buena forma de minimizar las complicaciones posPBR.

## 27. Relación entre $\alpha$ -actina de músculo liso y miofibroblastos intersticiales con la respuesta al tratamiento en la glomerulopatía membranosa. De Rosa Graciela, De Rosa Marcelo, Cao Gabriel, von Stecher Florencia, Ibarra Rórico, Nadal Miguel

*Hospital de Clínicas "José de San Martín". UBA. Ciudad de Buenos Aires. Argentina.*

El propósito de este estudio es evaluar si la tasación de la expresión de  $\alpha$ -actina de músculo liso ( $\alpha$ -Act ML) y del número de miofibroblastos (MFB) en el intersticio de biopsias renales de pacientes con glomerulopatía membranosa idiopática (GPMI), es de utilidad para identificar aquellos casos con mayor riesgo de ser resistentes a la terapéutica con corticoides y clorambucil. Se estudiaron retrospectivamente 26 pacientes con síndrome nefrótico y diagnóstico de GPMI por microscopía óptica e inmunofluorescencia: 15 presentaron remisión completa luego del tratamiento (Grupo 1) y 11 fueron resistentes (Grupo 2). La tasación de la  $\alpha$ -Act ML intersticial (expresada en porcentaje), se realizó por conteo de puntos y el número de MFB se determinó extrayendo el promedio de células intersticiales con tinción citoplasmática positiva para  $\alpha$ -Act ML; en ambos casos se empleó una grilla ocular de 0.0529 mm<sup>2</sup>, con 10 x 10 cuadrículas, y se utilizó un objetivo de 40X en 10 campos sucesivos, elegidos al azar, excluyéndose glomérulos y vasos. Para el análisis estadístico se utilizó la prueba de Mann-Whitney y se consideró significativo un valor de p<0.05. **Resultados:** El promedio de MFB por área ( $\bar{X} \pm SEM$ ) en el Grupo 1 fue 6.9  $\pm$  0.7 versus 11.5  $\pm$  1.2 en el Grupo 2 (p< 0.01). Por su parte, la expresión intersticial de  $\alpha$ -Act ML en el Grupo 1 también fue menor que en el Grupo 2: 5.7  $\pm$  0.6 versus 11.2  $\pm$  2.1 ( $\bar{X} \pm SEM$ ) (p<0.01). Durante el seguimiento, que fue similar en ambos grupos (Grupo 1= 41.5  $\pm$  10.2 meses y Grupo 2= 44  $\pm$  9.2 meses), 2 pacientes del Grupo 1 (13.3%) y 6 del Grupo 2 (54.5%), evolucionaron a insuficiencia renal crónica, terminal en 4 del último grupo. **Conclusiones:** Nuestros resultados sugieren que la inmunomarcación para  $\alpha$ -Act ML en biopsias renales de pacientes con GPMI puede ser de utilidad para distinguir a aquellos con mayor probabilidad de ser resistentes a la terapéutica con corticoides y clorambucil y con mayor riesgo de desarrollar insuficiencia renal crónica.

## 28. Glomerulonefritis lúpica difusa (GNLD), tratamiento prolongado con pulsos de ciclofosfamida (CF). Nadal M. A., Marini A., Olivieri L., Toblli M. J., de Rosa G., Ibarra R.

*División Nefrología, Departamento de Patología. Hospital de Clínicas "José de San Martín". UBA. Ciudad de Buenos Aires. Argentina.*

Se evaluó la respuesta clínica al tratamiento con pulsos de CF y prednisona oral en un grupo de pacientes con GNLD. Fueron tratados 33 pacientes, 32 mujeres y 1 hombre, con una edad de  $33.3 \pm 10.5$  años, con diagnóstico histopatológico de GNLD en la biopsia renal (PBR). Se valoraron índices de actividad y cronicidad de acuerdo a la clasificación de Austin. Se administró CF en dosis de 1 gr IV por mes durante 6 meses y luego 1 gr cada 3 meses hasta completar por lo menos 24 meses de tratamiento. La dosis acumulativa de CF fue de  $14.7 \pm 5.3$  gr. Se asoció metilprednisona con una dosis inicial de 1mg/kg/día, reducida gradualmente hasta llegar a 8 mg/día como dosis de mantenimiento. Se realizaron controles de tensión arterial sistólica (TAS) y diastólica (TAD), proteinuria de 24 hs y creatinina sérica en el momento de la PBR (pre CF), al fin del tratamiento con pulsos (post CF) y en el último control clínico a los  $66.7 \pm 31.9$  meses (alejada). El índice de actividad fue de  $9 \pm 4.2$  y el de cronicidad de  $2.8 \pm 1.5$ . **Resultados:**

	Pre CF	Post CF	Alejada	p
Creatinina sérica (mg/dl)	1±0.33	1.2±1.1	1.4±1.4	NS
Proteinuria (gr/24 hs)	3.9±3.3 *	3±4.4	1.8±2.4 *	<0.05
TAS (mmHg)	127±17	130.4±18.4		NS
TAD (mmHg)	81.6±10.5	82.3±12.4		NS

**Conclusiones:** El tratamiento prolongado de la GNLD con pulsos de CF asociado a corticoides orales se acompañó de reducción significativa de la proteinuria. No hubo cambios significativos en la presión arterial ni en la función renal.

## 29. Síndrome urémico hemolítico (SUH). Nuevas terapéuticas. \*\*Scazzioti Alejandra, \*Fayad Alicia, \*Vallejo Graciela, \*Cánepa Carlos, \*\*\*Altman Raul

*\*\*Dpto. Bioquímica Clínica. Hospital de Clínicas "José de San Martín". UBA. Ciudad de Buenos Aires. Argentina. \*Nefrología. Hospital de Niños. \*\*\*C. de Trombosis de Buenos Aires.*

El SUH es una complicación trombótica de la infección producida por una cepa de Escherichia Coli. Su toxina puede dañar directamente al endotelio en los estadios tempranos y provocar un disturbio protrombótico que precede a las manifestaciones renales. **Objetivo:** Evaluar los efectos del tratamiento combinado de heparina de bajo peso molecular (HBPM) y Antitrombina (AT) comparado con el tratamiento convencional. **Materiales y Métodos:** Se estudiaron 51 pacientes con SUH (edad entre 6 y 84 meses). 27 cumplieron los criterios de inclusión: plaquetopenia, anemia hemolítica microangiopática, insuficiencia renal aguda y derivación con menos de 48 h de evolución. Se randomizaron en: Grupo control (9 pac) recibieron tratamiento convencional. Grupo con tratamiento (18 pac) recibieron HBPM 100 U aXa/kg cada 12 h y AT. Se analizaron parámetros clínicos y de laboratorio en 2 muestras de sangre tomadas antes y al tercer día de tratamiento. Se midió Dímero D (DD), activador tisular del plasminógeno (t-PA) y su inhibidor (PAI-1) por métodos de ELISA y AT por método funcional. **Resultados:**

Variabes	Tto convencional	HBPM / AT	p
Diálisis peritoneal (días)	8.22±4.44	4.55±5.83	0.08
Recuperación de diuresis(h)	120±76.8	56.2±67.6	0.05
Anuria (días)	7±4.24	3.39±3.85	0.05
Transfusiones (n°)	2.33±1.22	1.44±1.79	<0.03
Convulsiones	0.44±1.01	0.39±0.85	0.97
t-PA pre (ng/ml)	5.89±6.11	4.74±2.97	0.93
t-PA pos (ng/ml)	4.22±3.52	12.1±9.33	<0.03
p	0.50	<0.05	
PAI-1 pre (ng/ml)	64.2±50.3	53.3±44.6	0.89
PAI-1 pos (ng/ml)	70.7±43.8	80.8±52.2	0.59
	0.77	<0.01	
D-D pre(ng/ml)	1276±425.3	1250.3±262.1	0.84
D-D pos(ng/ml)	1060.5±495.5	1001.1±340.5	0.72
P	<0.004	<0.006	

En el grupo tratado con HBPM/AT se observó menor requerimiento transfusional y aumento de t-PA evidenciando activación fibrinolítica pero con disminución en el Dímero D que indica que el proceso trombótico estaría controlado. **Conclusión:** El grupo tratado con heparina y AT mostró mejor evolución clínica en la etapa aguda.

## 30. La hormona de crecimiento podría tener un papel en la hipertensión esencial. Su relación con la presión arterial ambulatoria y la resistencia a la insulina. Feldstein C. A., Garrido D., Akopian M., Renaud A., Olivieri A. O., Causerucci S., Chavin H. M., Zavala A.

*Programa Hipertensión Arterial. Hospital de Clínicas "José de San Martín". UBA. Ciudad de Buenos Aires. Argentina.*

En pacientes con acromegalia activa hemos comunicado recientemente (J Human Hypertens 2001) niveles más elevados de hormona de crecimiento (HC) sérica en normotensos e hipertensos con perfil circadiano non-dipper que en aquellos con perfil dipper. El propósito del presente estudio fue evaluar el papel de la HC e IGF-I en la regulación del ritmo circadiano de la PA en la hipertensión esencial y sus relaciones con la resistencia a la insulina. Se incluyeron 88 pacientes ( $49.3 \pm 13.8$  años) con hipertensión esencial (PAS<sup>3</sup>140 y/o PAD<sup>3</sup>90 mm Hg) y tolerancia a la glucosa [(glucemia <140 mg/dL a las 2 h de la prueba oral de tolerancia a la glucosa -POTG-)] y 31 controles normotensos ( $44.5 \pm 16.8$  años). La resistencia a la insulina fue estimada por la insulinemia en ayunas, el área bajo la curva de la relación insulinemia/glucemia (ABC<sup>insulinemia:glucemias</sup>), el área bajo la curva de insulinemias (ABC<sup>insulinemias</sup>), la suma de insulinemias (SIRI) en ayunas, 30, 60 y 120 min de la PTOG y el índice Homa. Se determinaron la HC y la IGF-I en ayunas. Dentro de 48 h de la OGTT, se efectuó el monitoreo ambulatorio de 24 h de PA. Los pacientes que mostraron descensos (>10%) en la PAS y PAD durante el periodo 23 h-7 hs (periodo nocturno) se clasificaron como dippers; todos aquellos que no exhibieron esta característica se consideraron non-dippers. Durante la PTOG el ABC<sup>insulinemias</sup>, el ABC<sup>insulinemia:glucemias</sup> y la SIRI fueron significativamente más elevados en hipertensos que en normotensos ( $65.9 \pm 39.9$  vs  $49.7 \pm 31.7$  mU/ml,  $p < 0.05$ ;  $0.50 \pm 0.30$  vs  $0.39 \pm 0.24$ ,  $p < 0.05$ ;  $224.0 \pm 135.1$  vs  $173.5 \pm 113.1$  mU/ml,  $p < 0.05$ , respectivamente). Hubo 55 dippers y 33 non-dippers. En los non-dippers la frecuencia de pulso de 24 h fue menor ( $75.9 \pm 8.4$  vs  $79.7 \pm 9.0$  lat/min,  $p < 0.03$ ) y la presión de pulso de 24 h mayor ( $71.2 \pm 13.2$  vs  $63.2 \pm 13.1$  mmHg,  $p < 0.01$ ) que en dippers. No hallamos diferencias en los índices de resistencia a la insulina entre ambos tipos de perfiles circadianos de PA. La HC sérica en ayunas no fue diferente entre hipertensos y normotensos, pero en hipertensos non-dippers fue más elevada que en dippers ( $1.52 \pm 2.03$  vs  $0.88 \pm 1.87$  ng/mL;  $p < 0.05$ ). En conclusión, nuestro hallazgo de que los hipertensos esenciales non-dippers tienen niveles de HC en ayunas más elevados que los dippers sugiere que esta hormona podría tener algún papel en la génesis del perfil circadiano de PA, que no pareciera estar relacionado a la resistencia a la insulina.

## 31. Prevención del pie: Resultados Semana del Pie Diabético 2001. Braver Daniel, Antonucci Ricardo, Grossman Cristina, Zavala Adolfo

*División Nutrición. Hospital de Clínicas "José de San Martín". UBA. Ciudad de Buenos Aires. Argentina.*

Se pueden prevenir el 80 % de las amputaciones siendo para ello necesario la educación del equipo de salud y el examen anual categorizando el grado de riesgo. Para analizar el conocimiento de los cuidados del pie por parte de pacientes y de los médicos se realizó la Semana del Pie Diabético del 20 al 27 de noviembre de 2001. **Material y Métodos:** Concurrieron durante esta semana 417 pacientes, 229(f), 188(m), edad promedio de 61,34 (f), 57,83 (m). Se realizó una encuesta sobre los cuidados del pie previo al examen de miembros inferiores. Para diagnosticar neuropatía sensitiva se realizó: Filamento 5.07, reflejo aquiliano, frío/calor, dolor y sensibilidad vibratoria. Neuropatía motora: sig-



no del abanico, presencia de hiperqueratosis, dedos en garra. Neuropatía autonómica: presencia de venas distendidas, caracteres de la piel. Examen vascular por medio de palpación de pulsos periféricos; del apoyo por la presencia de deformaciones. **Resultados:**

Encuesta de conocimiento	Alteraciones	
No lava los pies diariamente	16 %	Apoyo 89 %
No revisa sus pies	21 %	Neurológicas 53 %
Uso de desinfectantes	48 %	Vasculares 38 %
Nunca concurre a consulta	26 %	Presentaron úlcera 32 %

Al 78 % de los pacientes su médico nunca les había mirado los pies.

**Conclusiones:** Se encontró escaso conocimiento de los pacientes y del personal médico acerca de los cuidados de los pies y de las complicaciones de la diabetes. Alta prevalencia de lesiones al momento de la consulta: 32 %. Se necesitan realizar programas para la prevención de lesiones y amputaciones.

### 32. Factores predisponentes de sepsis en micosis fungoide.

Glorio Roberto, Carbia Sergio, Dei-Cas Ignacio, Acuña Karina, Dahbar Myriam, Lagodin César, Woscoff Alberto

*Cátedra de Dermatología. Hospital de Clínicas "José de San Martín". UBA. Ciudad de Buenos Aires. Argentina.*

**Introducción:** La sepsis es una de las principales causas de mortalidad en Micosis fungoide (MF). **Objetivo:** Evaluar la incidencia, etiología, factores predisponentes y evolución de la sepsis en pacientes con MF. **Material y Métodos:** Se analizaron retrospectivamente en un período de 11 años (1990-2000), 62 pacientes con MF sobre 82 pacientes con linfomas y compromiso cutáneo en piel. En el grupo MF se estudiaron 14 pacientes con sepsis en comparación a 48 pacientes sin sepsis. Se investigaron en ambos grupos edad, sexo, clínica, neutropenia febril, compromiso de ganglios linfáticos, metástasis, células atípicas circulantes y estadificación. **Análisis estadístico:** Prueba del Chi<sup>2</sup> con correlación de Yates para diferencias en proporción y test de student para diferencias en medias. Análisis multivariado (regresión logística múltiple). **Resultados:** 14/62 (22.5%) pacientes presentaron 21 episodios de sepsis; 15 atribuibles a *Staphylococcus aureus* (7 meticilino-resistente) y los restantes por *Streptococcus pneumoniae* y bacterias gram negativas. Las principales fuentes de sepsis fueron úlceras cutáneas por infiltración linfomatosa (64.28%) y sepsis asociada a catéteres endovenosos (28.57%). 17/21 (80.95%) episodios de sepsis correlacionaron con un sitio localmente infectado. Condicionaron un alto riesgo para desarrollar sepsis la presencia de ulceraciones cutáneas linfomatosas ( $p < 0.0001$ ; OR=27), eritrodermia ( $p = 0.0035$ ; OR=8.6), adenopatías histopatológicamente infiltradas N3 ( $p = 0.0008$ ; OR=17.25), metástasis viscerales ( $p = 0.005$ ; OR=12.78), células atípicas circulantes  $> 5\%$  ( $p = 0.014$ ; OR 8.33) y estadio IV ( $p < 0.0001$ ; OR=41.4). 57% de los pacientes fallecieron antes del mes de finalizado el tratamiento antibiótico, de ellos 66% en estadio IV. **Conclusión:** La información presentada permite identificar los pacientes con alto riesgo de desarrollar sepsis. Se alerta en la importancia de un precoz tratamiento antibiótico y un adecuado estudio microbológico.

### 33. Endocarditis infecciosa en un hospital general: predictores de mortalidad.

Torres José, Ferrer Leonardo, Vázquez Blanco Manuel, Berensztein Sara, Robert Sara, Lerman Jorge

*División Cardiología. Hospital de Clínicas "José de San Martín". UBA. Ciudad de Buenos Aires. Argentina.*

**Antecedentes:** La endocarditis infecciosa (EI) tiene una elevada morbimortalidad. Los avances terapéuticos logrados en los últimos años, han modificado en forma notable su pronóstico, sin embargo la mortalidad continúa siendo elevada. **Objetivos:** Analizar la influencia de diferentes parámetros clínicos, de laborato-

rio, bacteriológicos y ecocardiográficos, sobre la mortalidad en los pacientes (p), con EI. **Material y Métodos:** Se revisaron en forma retrospectiva y consecutiva las historias clínicas de los p internados desde enero de 1993 hasta diciembre del 2000, con EI, según los criterios de Duke. Los valores se presentaron como media, desvío estándar y proporciones. Para evaluar las diferencias entre grupos se utilizó el test de X<sup>2</sup> o exacto de Fischer, para las variables continuas y el test de Student o de Man Whitney para las discretas. Se utilizó un modelo de regresión logística, para evaluar las variables independientes como predictoras. **Resultados:** Se evaluaron en total 73 casos de EI en 71 p. La mortalidad global fue del 26% (19/73), EI 19 % de los p (14/73), requirió tratamiento quirúrgico. En el análisis univariado, se asociaron en forma altamente significativa con la mortalidad ( $p < 0,0001$ ). **Conclusiones:** La edad, el desarrollo de insuficiencia cardiaca, sepsis, insuficiencia renal aguda o crónica, embolia cerebral, hiponatremia, derrame pericárdico y la observación de vegetaciones mayores de 10 mm. En el análisis de regresión logística múltiple sólo el desarrollo de insuficiencia cardiaca mostró relevancia significativa ( $p < 0,001$ ). El modelo constituido por edad (OR 1,05 IC: 1,01-1,11), sepsis (OR 33,8 IC: 6,37-179,5) y embolia cerebral (OR 8,78 IC: 1,22-63,4) se asociaron en forma altamente significativa con la mortalidad ( $p < 0,0001$ ). **Conclusiones:** La edad, el desarrollo de insuficiencia cardiaca, sepsis, insuficiencia renal aguda, embolia cerebral, hiponatremia, derrame pericárdico y la observación de vegetaciones mayores de 10 mm fueron predictores de una mayor mortalidad. La combinación de sepsis y embolia cerebral fueron claros predictores.

### 34. Dinámica de la gonorrea y de su tratamiento en un Hospital Universitario. Famiglietti A.\*, Vay C.\*, García S.\*, Mier C.\*, Rodríguez H. C.\*, Marcenac F.\*, de Torres R.\*\*\*, Casco R.\*\*

\* Laboratorio de Bacteriología. Depto. de Bioquímica Clínica. Hospital de Clínicas., Facultad de Farmacia y Bioquímica. UBA. \*\* Programa de ETS. Hospital de Clínicas. Facultad de Medicina. UBA. \*\*\* Carrera de Especialización en Bacteriología Clínica. Escuela de Graduados. Facultad de Farmacia y Bioquímica. UBA.

El objetivo de este trabajo fue evaluar la prevalencia de gonorrea en nuestro medio y analizar la resistencia a los antimicrobianos utilizados para su tratamiento y la relación con su consumo. **Materiales y Métodos:** se analizaron retrospectivamente todos los pacientes atendidos en el Programa de ETS desde el 1/1/85 al 31/12/01. En todos ellos se investigó la presencia de *Neisseria gonorrhoeae* a través del cultivo. Sobre todos los gonococos aislados se realizó la prueba de  $\beta$ -lactamasa y la sensibilidad a los siguientes antibióticos: penicilina, tetraciclina, eritromicina y ciprofloxacina. **Resultados:** se estudiaron un total de 33746 pacientes y se aisló *N. gonorrhoeae* en 4040 pacientes. La edad promedio en varones fue de 30 años (18-74) y de las mujeres 21 años (7-52). La incidencia de gonorrea en los diferentes períodos fue: 1985-91, 14.8%, 1992-99, 5.2%, y 2000-01, 10.5%. La resistencia a penicilina por producción de  $\beta$ -lactamasa fue 35.1%, 19.7% y 12.5% respectivamente, mientras que la resistencia de tipo cromosómica fue 5.2%, 19% y 4.7% respectivamente. La resistencia a tetraciclina fue en todos los casos de bajo nivel (CIM: 2-8  $\mu$ g/ml) y no se observó resistencia cruzada con minociclina. En el período 1992/99 se aislaron cepas resistentes a eritromicina (CIM: 4-8  $\mu$ g/ml) y no presentaron resistencia simultánea a azitromicina (CIM: 2-4  $\mu$ g/ml). Ciprofloxacina presentó en todos los períodos una muy buena actividad "in vitro" (CIM<sub>90</sub>: 0.016  $\mu$ g/ml) salvo una cepa que presentó una sensibilidad disminuida (CIM: 0.5  $\mu$ g/ml). En el período 1985-91 el 91% de los pacientes fueron tratados con antibióticos  $\beta$ -lactámicos (81% penicilina G sódica y 10% con ceftriaxona) y el 9% restante con fluorquinolonas. Mientras que el período 1992-99 se dejó de utilizar la penicilina y sólo el 17% de los pacientes recibieron ceftriaxona, el 73% restante fue tratado con antibióticos no  $\beta$ -lactámicos (68% fluorquinolonas y 15% azitromicina). En el último período 2000/01 se utilizaron las fluorquinolonas en el 96% de los pacientes (75% ciprofloxacina y 21% norfloxacina). Hasta

el presente no se observaron fracasos terapéuticos con el uso de antibióticos no  $\beta$ -lactámicos. **Conclusiones:** actualmente se observa una tendencia al aumento de la incidencia de gonorrea en nuestro medio y se asocia con un descenso de la resistencia a penicilina relacionada probablemente con el escaso uso de antibióticos  $\beta$ -lactámicos. En cambio con los macrólidos y fluorquinolonas si bien, las resistencias permanecen en valores bajos, se observa una pérdida gradual de la sensibilidad asociada a un mayor consumo de fluorquinolonas.

**35. Uveítis granulomatosa, linfoma tipo Malt y Lues latente tardía; acerca de un caso.** De Mollein Daniela, Monsalvo Laura, Petrucci Enrique, Schlaen Ariel, Pazo Valeria

*Servicio de Clínica Médica. Hospital de Clínicas "José de San Martín". UBA. Ciudad de Buenos Aires. Argentina.*

La uveítis se describe como un proceso de inflamación intraocular, siendo la etiología, localización y severidad los factores que determinan su tratamiento. Se presenta una paciente de 74 años con antecedente de ACV isquémico y diagnóstico al año siguiente de uveítis granulomatosa anterior. Se inicia tratamiento tóxico con corticoides y antihipertensivos. Presenta progresión del dolor y eritema ocular, asociado a disminución de la agudeza visual. Se realiza: PPD: 22mm, VSE: 110mm/h, Hto: 38%, GB: 5.300mm<sup>3</sup>, FAN/ Latex AR/ Rose Ragan títulos no significativos, VDRL: reactiva, Ftabs: reactiva, HIV/VHC/VHB negativo. TAC de torax sin contraste: imágenes aéreas de paredes finas en lóbulo superior izquierdo y otra en lóbulo inferior derecho subpleural, con aumento difuso del intersticio peribroncovascular. Se inicia antifímicos sin mejoría clínica, por lo que se realiza biopsia de conjuntiva con diagnóstico de linfoma tipo B asociado a mucosas (tipo MALT). LCR: VDRL no reactiva, Ftabs no reactiva, ADA 2,4 UI/l, glucorraquia: 29mg/dl (glucemia: 81mg/dl), proteinorraquia: 38,7mg/dl, citológico: 3 linfocitos/mm<sup>3</sup>, inmunomarcación negativa para BCL2 y CD 20. BAL: BAAR negativo, cultivo negativo. Comienza tratamiento con penicilina benzatínica 2.400.000 UI IM 1 vez cada 7 días por tres semanas, interpretándose como sífilis latente tardía. Con motivo de realización de nueva TAC con contraste la paciente fallece por shock anafiláctico. **Conclusión:** la uveítis granulomatosa constituye una entidad de fácil diagnóstico clínico oftalmológico aunque con diversidad de patologías causantes. Se presenta este caso por lo excepcional de la asociación entre linfoma tipo MALT y sífilis latente tardía, jerarquizándose el valor de la biopsia de conjuntiva.

**36. Hipereosinofilia como síndrome paraneoplásico.** Piskorz M., Fonio Mermet Silvia, Pietrángelo Carmelo, Pisarevsky Andrea, Pazo Valeria

*Servicio de Clínica Médica. VI Cátedra. Hospital de Clínicas "José de San Martín". UBA. Ciudad de Buenos Aires. Argentina.*

El Síndrome hipereosinofílico (SHE) se caracteriza por eosinofilia persistente en sangre periférica >1500/mm e infiltración hística con signos y síntomas de afección orgánica. Se denomina primario cuando no se encuentra una causa subyacente y secundario cuando se asocia a algún proceso de tipo alérgico, inmunológico, parasitario, cutáneo o, raramente neoplásico. Presentamos un caso de SHE asociado a un adenocarcinoma de pulmón. Mujer de 48 años, tabaquista severa con tos seca de dos meses de evolución, disnea progresiva y síndrome constitucional. **Examen físico:** febril, taquicárdica, taquipneica con una hipoventilación marcada en hemitórax izquierdo. **Laboratorio:** Hto 33% GB: 35200 . G 61%.E32%.M4%. L3%.. Plaquetas 558.000. Ers: 117 0,21. Sat 92,7%. Radiografía de tórax: infiltrado de tipo reticulonodulillar a predominio basal, opacidad homogénea en hemitórax izquierda. **Coprocultivo** blastocistis hominis. Anticuerpos de autoinmunidad negativos. **TAC de tórax:** adenomegalias entre las estructuras del mediastino superior, paratraqueal derecha y precarinal. Afinamiento brusco del bronquio lobar inferior izquierdo con un colapso total de dicho lóbulo. Patrón nodulillar difuso. Derrame escaso pleural izquierdo. **Punción de médula**

**ósea:** hiper celularidad para la edad. Relación M/E:4/1. Hiperplasia de los progenitores de la serie eosinófila.. No infiltración por células atípicas. **Fibrobroncoscopia** con toma de biopsia: infiltración mucosa y submucosa a nivel del bronquio fuente izquierdo con anatomía patológica de **adenocarcinoma poco diferenciado**. Se presenta este caso clínico por tratarse de una peculiar manifestación hematológico como síndrome paraneoplásico.

**37. Sarcoma de Kaposi con compromiso extracutáneo en paciente no HIV.** Petracci Fernando, Ortiz Mariano, Fonio Mermet Silvia, Pazo Valeria, Pietrángelo Carmelo, Pisarevsky Andrea, Padilla Freddy

*Servicio de Clínica Médica. VI Cátedra. Hospital de Clínicas "José de San Martín". UBA. Ciudad de Buenos Aires. Argentina.*

El Sarcoma de Kaposi (SK) es una neoplasia multicéntrica que afecta tanto a la piel como a otros órganos. Se clasifica en cuatro categorías: Clásico, Endémico, Iatrogénico, y Epidémico. La forma clásica afecta a un reducido grupo de individuos, principalmente hombres ancianos de ascendencia mediterránea o europea oriental. La variante endémica compromete a los pobladores de un área del África sub-sahariana. El Kaposi iatrogénico es una rara complicación de la inmunosupresión farmacológica. Finalmente el SK epidémico involucra a individuos HIV positivos, preferentemente hombres jóvenes homosexuales. Se presenta el caso de un varón de 52 años, HIV negativo con diagnóstico de Sarcoma de Kaposi cutáneo desde 1993 sin tratamiento terapéutico. Ingres a clínica médica por infección de las lesiones cutáneas. **Examen físico:** buen estado general, máculas eritemato-violáceas de bordes netos con formaciones papulosas en todo el cuerpo, pápula de similitudes características en el miembro superior izquierdo con edematización de la mano, lesiones descamativas costrosas con fondo eritemato-violáceo y polipoideas con zonas necrosadas en pliegue poplíteo. **Laboratorio, radiografía de tórax y electrocardiograma:** sin particularidades. Hemocultivo (1/2: +) Estafilococco coagulasa negativo, urocultivo Enterococco faecalis. Serología :HIV, HBV,HCV y VDRL negativo. Cumple tratamiento con ciprofloxacina y clindamicina durante 10 días con mejoría de las lesiones. Se efectuó una nueva biopsia de las lesiones cutáneas que confirmó el diagnóstico efectuado. Se llevó a cabo la búsqueda de compromiso sistémico a través endoscopia alta y de tomografía de tórax, abdomen y pelvis que no evidenciaron alteraciones .Se realizó una *fibrobroncoscopia con BAL y toma de biopsia* que constató la presencia de lesiones bilaterales compatibles con Kaposi endobronquial, corroborado por la anatomía patológica. Es evaluado por el servicio de oncología y se decide iniciar tratamiento quimioterápico con vincristina y adriablastina. Se presenta el caso por ser una manifestación poco frecuente de Sarcoma de Kaposi con compromiso extracutáneo en paciente no HIV.

**38. ¿Puede, un paciente con estenosis aórtica grave operarse de una cirugía no cardiaca, sin resolver su problema valvular?. ¿Cuál es su riesgo peri-operatorio?.** Domínguez Claudio, Bagnasco Roberto, Robert Sara, Berensztein Sara, Ber Marcos, Vázquez Blanco Manuel, Lerman Jorge

*División Cardiología. Hospital de Clínicas "José de San Martín". UBA. Ciudad de Buenos Aires. Argentina.*

**Antecedentes:** La estenosis aórtica, es la lesión valvular que se observa con mayor frecuencia, especialmente en la población senil y cuando es grave, constituye un factor de riesgo para la ocurrencia de accidentes intra y peri-operatorios, en aquellos pacientes (p) que requieren un procedimiento de cirugía no cardiaca. **Objetivo:** Analizar la evolución durante la internación, de los pacientes con Estenosis Valvular Aórtica Grave (EAG), que fueron sometidos a procedimientos de cirugía no cardiaca. **Material y Métodos:** Se incluyeron 45 p consecutivos, 24 mujeres y 21 varones (edad media: 71.4  $\pm$  17.5 años) con EAG. La EAG fue caracterizada como tal, cuando el p tenía un área valvular menor

de 0,75 cm2 o un gradiente medio trans-valvular mayor de 50 mm de mercurio, determinados por ecografía Doppler cardiaca. Nueve p tenían diabetes, 19 hipertensión arterial y 2 un infarto de miocardio previo. Veintinueve p se encontraban totalmente asintomáticos, 11 presentaban disnea, 3 angina y 2 síncope. Doce p (27%), fueron sometidos a cirugía traumatológica, 10 p (22%) a cirugía abdominal, 9 p (20%) a cirugía ginecológica, 2 p (4%) a cirugía torácica, 4 p (8%) a cirugía vascular, u otras 8 p (16 %). Recibieron anestesia general 35 p (78%) y raquídea o peri-dural 10 p (22%). **Resultados:** El área valvular osciló entre 0.35 y 0.90 cm2 (media 0.61 ± 0.11), el gradiente medio, entre 26 y 99 mm de mercurio (media 52.2 ± 16.3). Cuatro p (9%) presentaron complicaciones durante la internación, de los cuales 3 (6.6 %) fallecieron en forma súbita y 1 (2.2%), padeció insuficiencia cardiaca, la cual respondió favorablemente al tratamiento. De los 3 p que fallecieron, 2 fueron sometidos a cirugía traumatológica y uno a una cirugía neuroquirúrgica, en todos los casos con anestesia general. **Conclusiones:** Los p con EAG pueden ser sometidos a procedimientos de cirugía no cardiaca bajo estricta vigilancia intra y peri-operatoria. El riesgo quirúrgico si bien esta aumentado, es aceptable en esta población añosa y de alto riesgo.

### 39. Iconografía de lesiones sobre elevadas colónicas evaluadas por medio de Radiología Digital.

Docampo Jorge, Gini Belén, Martín Eduardo, Laborde Silvia, Bruno Claudio, Lanosa Etta

*Fundación Científica del Sur y Centro de Tomografía Adrogué. Buenos Aires. Argentina.*

**Propósito:** Mostrar diferentes tipos de lesiones elevadas colónicas estudiadas por medio de radiología digital y las ventajas que presenta el método para el diagnóstico. **Materiales y Métodos:** Se seleccionaron 21 estudios de colon por enema patológicos. Los equipos utilizados fueron IMS QUARTZ X-RAY MICROPROCESSOR 500 con sistema digitalizador KODAK y equipo TELECOMANDADO APELEM BACCARA con sistema digitalizador KODAK. **Resultados:** De 21 casos seleccionados 14 resultaron cáncer de colon: 7 en colon izquierdo, 3 en colon transversal, 4 en colon derecho. 7 pacientes presentaron pólipos colónicos: 3 en sigmoideas, 2 en ampolla rectal, 1 en ángulo esplénico, 1 de poliposis familiar. Mediante la radiología digital logramos evaluar en detalle la mucosa colónica afectada con alta resolución y calidad en la imagen obtenida, realizamos mediciones de la masa tumoral en diferentes planos, medimos distancias aproximadas en relación a referencias anatómicas, usamos ampliación de las imágenes obtenidas, opción lupa focal magnificable, ventana inversa, variación brillo-contraste. **Conclusiones:** El uso de radiología digital para la evaluación de estudios con técnica de doble contraste es usado gracias a las ventajas que proporciona: magnificación, medición, ventana inversa, lupa, variación brillo-contraste. Otras ventajas son el menor tiempo de exposición a rayos X y menor dosis, brevedad de duración del estudio, satisfacción del profesional derivante con las imágenes obtenidas, posibilidad de archivo y almacenamiento de los estudios.

### 40. Evaluación de pacientes con sepsis en una sala de Medicina.

Miyazato Miriam, Estadella Susana, Murúa Javier, Cavani Isabel, Pietrangelo Carmelo, Lanosa Rubén

*Hospital de Clínicas "José de San Martín". UBA. Ciudad de Buenos Aires. Argentina.*

**Objetivo:** Evaluar la forma de presentación clínica y evolución de los pacientes con sepsis internados en la sala 6 (piso 10) del Departamento de Medicina. **Material y Método:** Se analizaron 45 historias clínicas de pacientes varones con diagnóstico de sepsis internados en la sala 6 del piso 10 (VI Cátedra de Medicina). Se constataron: edad, días de internación, repercusión clínica, factores predisponentes, focos de infección, cultivos y condición al egreso (alta o defunción). **Resultados:** Edad promedio: 70,75 años (entre 20 y 90 años). Días de internación promedio: 25,8 días (2 – 71 días). Pacientes con 2 criterios de SIRS: 12; con 3 crite-

rios: 22; con 4 criterios: 14. Los focos de infección fueron: respiratorio (21), urinario (20), abdominal (9), cutáneo (4). Otros focos fueron el oral, el sistema nervioso central y el endovascular. Se aislaron cocos grampositivos en 20 hemocultivos y en 4 urocultivos. En 15 hemocultivos y en 16 urocultivos se aislaron bacilos gramnegativos. Otras muestras positivas fueron líquido biliar, coprocultivo, piel y aspirado traqueal. Entre 48 episodios de sepsis, 29 presentaron shock séptico (60,41%) y fallecieron 24 (50%). Los 5 sobrevivientes fueron menores de 75 años. Entre los pacientes con shock el 25% no presentó rescate bacteriológico. Se observó una sepsis a *Candida* y una a *Clostridium*. Tres pacientes con hipotermia fallecieron en menos de 1 semana. Entre 20 pacientes mayores de 76 años fallecieron 19, seis de ellos portadores de demencia. Entre los pacientes con shock séptico y aquellos que no lo presentaron no hubo diferencias significativas en los factores predisponentes ni en los gérmenes hallados. Veinte pacientes permanecieron internados más de 30 días, con una mortalidad del 61 %; la mortalidad global fue de 61,4%. **Conclusiones:** La mayoría de los pacientes fueron añosos con foco predominante respiratorio y urinario. En más del 75% de los casos se constataron hemocultivos positivos para gérmenes grampositivos o gramnegativos sin ninguna predominancia; fueron factores predictivos positivos para la evolución desfavorable la hipotermia, la edad, la demencia y la internación prolongada. En esta patología todavía a persiste una muy alta tasa de mortalidad global.

### 41. Antigenemia de *Cryptococcus neoformans* en neumonía adquirida en la comunidad.

Tiraboschi Iris Nora, Gómez Tejada Ricardo, Luna Carlos, Lasala María Beatriz

*División Infectología y División Neumonología. Hospital de Clínicas "José de San Martín". UBA. Ciudad de Buenos Aires. Argentina.*

**Objetivo:** Conocer la incidencia del *C. neoformans* como agente etiológico de la neumonía adquirida en la comunidad (NAC) y el rendimiento diagnóstico de la aglutinación del latex para antígeno capsular en dicho cuadro nosológico. **Metodología:** Se estudiaron prospectivamente durante 1 año, todos los pacientes con sospecha de NAC. A todos se les realizaron hemocultivos, bacteriológico y micológico de esputo (o del BAL), aspirado nasofaríngeo para la detección de antígenos virales y serología al ingreso y otra a las 4 semanas para anticuerpos antivirales y antibacterianos. En la muestra del ingreso se buscó antígeno de *C. neoformans* por aglutinación del latex. **Resultados:** Se estudiaron 416 episodios de NAC. De estos, 32 pacientes (7,7%), tuvieron algún título positivo de antigenemia para *C. neoformans*. En sólo uno de estos pacientes se recuperó *C. neoformans* en la biopsia pulmonar y la antigenemia fue 1:2. De los otros 31 pacientes, 22 pacientes tuvieron títulos =ó < a 1:10: en 7 se confirmó otra etiología. Hubo 9 pacientes con antigenemia >a 1:10 (de 1:20 a 1:10000): 1 con criptococosis previa, 1 con conversión serológica para Virus Influenza y 7 sin otro hallazgo microbiológico. Uno de ellos, HIV positivo con 1/10000 en suero, tuvo 1/100 en LCR, y se lo trató con anfotericina B con buena evolución, otro paciente falleció sin tratamiento y los 5 restantes se recuperaron sin tratamiento antifúngico. **Conclusiones:** La criptococosis confirmada por cultivo fue el 0,24% de los episodios de NAC. La antigenemia de *C. neoformans* fue positiva en el 7,7%, y no pudo determinarse el valor de la misma en el diagnóstico etiológico de la NAC.

### 42. Criptococosis en un hospital general. Experiencia de 16 años.

Tiraboschi I. N., Tosello C., Hojman M., Christin M., Nadal P., Lasala M.B.

*División Infectología Hospital de Clínicas "José de San Martín". UBA. Ciudad de Buenos Aires. Argentina.*

**Objetivo:** Presentar la casuística de pacientes con criptococosis diagnosticados en los últimos 16 años. **Metodología:** Se analizaron retrospectivamente las historias clínicas de todos los pacientes con diagnóstico de criptococosis. Se consideró: diag-

nóstico confirmado al hallazgo de levaduras capsuladas en el examen directo o el desarrollo de *Cryptococcus* en los cultivos; diagnóstico probable los realizados sólo con detección de antígeno (Ag) de *C. neoformans* por aglutinación del latex. Se analizó: enfermedades predisponentes, metodología diagnóstica, órganos comprometidos y mortalidad relacionada a la enfermedad. **Resultados:** Desde 1985 hasta 2001 se diagnosticaron 64 episodios iniciales de criptococcosis: 29 (45%) eran HIV(+) y 35 (55%) HIV (-). Hubo 29 pacientes HIV(+): 79% con diagnóstico confirmado y 21% probables. El 71% de los pacientes tuvieron compromiso del sistema nervioso central(SNC), 32% pulmón, 6% piel, 21% otros órganos y 18% tuvo hemocultivos positivos. La mortalidad atribuible a la criptococcosis fue del 21%. De los 35 pacientes HIV (-), hubo 24s con tratamiento inmunosupresor., 96% con diagnóstico confirmado. El 70% tuvo compromiso del SNC, 30% pulmón, 22% piel y 13% hemocultivos positivos. La mortalidad fue del 13%. Hubo 7 pacientes con antecedentes patológicos, pero sin tratamiento inmunosupresor, el 43% fue diagnóstico confirmado, el 71% con afectación del SNC y 29% pulmón. Mortalidad asociada 14%. Hubo 4 pacientes sin antecedentes patológicos, todo con diagnóstico por Ag(+) en LCR, 3 recibieron tratamiento, mejoraron su sintomatología y negativizaron la antigenorraquia. **Conclusión:** Si bien la criptococcosis asienta habitualmente en pacientes HIV(+), la mitad de los casos diagnosticados en un hospital general corresponden a pacientes HIV(-) Las manifestaciones clínicas son similares al HIV(+), con menos órganos afectados, pero con más lesiones cutáneas. En los pacientes sin antecedentes patológicos, con compromiso del SNC, Ag(+) en LCR y sin otra etiología, se sugiere indicar tratamiento antifúngico.

#### 43. Tuberculosis en el personal de salud en un hospital universitario. Marín Omar, Foccoli Mónica, Putruele Ana, Kempes Nora, Ritacco Viviana, Lasala María

Hospital de Clínicas "José de San Martín". UBA. Instituto Malbrán. Ciudad de Buenos Aires. Argentina.

**Objetivos:** Describir 4 casos de TBC en personal de salud(PS) y su caracterización molecular, para definir la existencia de brote hospitalario. **Material y Métodos:** Estudio de casos TBC en el Hospital, entre julio-diciembre 2000. Se evaluó: edad, sexo, tiempo hasta el diagnóstico, TBC previa, Rx tórax, material respiratorio, PPD, HIV, área laboral. Casos notificados año 2000. Definición Caso(C): cuadro clínico compatible, Rx. tórax patológica con baciloscopia o cultivo positivo. Biología molecular: Fingerprin-ting(FP). Análisis estadístico: Test de Fisher. Odds ratio. **Resultados:**

	C1	C2	C3	C4
Edad (años)/sexo	38/F	44/F	40/M	28/F
Tiempo de evolución	1 año	1 año	2 meses	ND
TBC previa	No	No	Si	No
Forma radiográfica	BNC	UNC	BC	BC
Baciloscopia	Espuito+++	Espuito+	Espuito-	Espuito++, BAL- Espuito+, BAL+
Cultivo TBC	Espuito+	Espuito+	Espuito+	NR
HIV	NR	NEG	NEG	NR
PPD(mm)	16	10	NR	NR
Area de función	Ginecología	UCO	UTI	Esc. de enfermería

**Referencias:** BNC: bilateral no cavitada, BC: bilateral cavitada, UNC: unilateral no cavitada, ND: sin datos, NR: no realizado Notificación/MSAS año 2000: 7072 casos (población analizada: 36x10±). Incidencia hospitalaria: 4/4000 versus incidencia nacional: p:0.008 -OR:5.09(1.63<OR<14.01). Biología molecular: identidad cepas C2 y 4, fuente común de exposición no pudo ser identificada por el tiempo transcurrido hasta el diagnóstico

**Conclusión:** 1)La biología molecular no permitió definir los 4 casos como brote.2)La imposibilidad de describir la cadena epidemiológica impidió aseverar que los casos con cepas idénticas

constituyeran un brote.3)La mayor incidencia de TBC, comparada con la nacional, señala cierta probabilidad de adquisición nosocomial que alerta sobre incumplimiento de medidas de bioseguridad.4)Se destaca la necesidad de un programa de prevención y control de la TBC hospitalaria con una vigilancia con alto grado de sospecha del caso y la importancia de la conservación de las cepas para eventuales estudios moleculares.

#### 44. Bacteriemias por enterobacterias productoras de lactamasas de espectro extendido. Hojman Martín, Granados Gabriela, Tosello Claudia, Lattes Roberta, Almuzara Marisa, Vay Carlos, Famiglietti Angela, Lasala María Beatriz

División Infectología y División Bacteriología. Hospital de Clínicas "José de San Martín". UBA. Ciudad de Buenos Aires. Argentina.

**Objetivos:** Identificar los factores de riesgo (FR) para la producción de b-lactamasas de espectro extendido (BLEE). **Material y Métodos:** Se evaluaron las bacteriemias producidas por enterobacterias (EB) productoras de BLEE en pacientes (p) internados en un hospital universitario ocurridas en 1999 y 2000. Se analizaron: edad, germen aislado, foco de la bacteriemia, adquisición en comunidad (sin internaciones en los últimos 30 días) o intrahospitalaria, antibióticoterapia previa (7 días o más en los 30 días previos), inmunocompromiso (neutropenia, HIV, corticoterapia, alcoholismo, diabetes), cirugía previa y evolución y se comparó mediante un estudio caso-control con las bacteriemias por EB sin BLEE ocurridas en igual periodo. Se utilizó el programa EpiInfo 6.01, Atlanta, Georgia, USA. Significancia fue odds ratio (OR) >1 (IC 5-95) y p <0,05. **Resultados:** Se evaluaron 100 episodios. BLEE+ 25 y BLEE- 75. EB BLEE+: *E. coli* 2/54, *K. pneumoniae* 18/28, *P. mirabilis* 3/11, *K. oxytoca* 2/7. De los gémenes identificados, solamente *K. pneumoniae* vs. otras EB significativo para BLEE+ (OR: 16,71 -4,97<OR<59,25, p= 0,0000001). Se encontraron diferencias significativas entre bacteriemia BLEE+ vs. BLEE- en: edad: x 42 (0-85) vs. x 61 (0-99) - p <0,0000001; antibióticoterapia previa (a lactámicos con o sin aminoglicósidos con o sin vancomicina): 17/25 vs. 11/75 - OR 12,36 (3,85<OR<41,38), p= 0,000001, con cefalosporinas de 3ra generación -OR 23,36 (2,50<OR<1088,68), p= 0,0008 y carbapenems -OR 7,58 (1,42<OR<49,82) p= 0,007; adquisición nosocomial 19/25 vs. 25/75 - OR 6,33 (2,04<OR<20,48), p= 0,0004. De 6 (24%) aislamientos BLEE+ extrahospitalarios, 5 tenían inmunocompromiso. No hubo diferencias entre bacteriemias primarias (2/25 vs. 11/75) y secundarias (23/25 vs. 64/75), antecedentes de cirugía (5/25 vs. 18/75), inmunocompromiso (9/25 vs. 34/75) y evolución (mala evolución: 9/25 vs. 36/75). **Conclusiones:** La diferencia significativa en la edad de esta población podría atribuirse a la ocurrencia de un brote en neonatología durante el período relevado. La adquisición nosocomial y la administración previa de antibióticos (particularmente cefalosporinas de 3ra. generación y carbapenems), son FR para la infección por gémenes productores de BLEE unidos al alto porcentaje de adquisición en la comunidad reafirma la importancia de los programas de control de infecciones y el uso adecuado de antibióticos y alerta sobre el aumento de resistencia a carbapenems.

#### 45. Comparación según edad y función ventricular en estenosis aórtica grave. Berensztein C. S., Ber M., Brunoldi R., Luis J., Pinedo A., Piñeiro D., Vázquez Blanco M., Lerman J.

Hospital de Clínicas "José de San Martín". UBA. Ciudad de Buenos Aires. Argentina.

**Objetivos:** Comparar diferencias ecocardiográficas entre pacientes (p) con estenosis aórtica grave (Eao) según la edad (>0 de 65 años) y la función ventricular izquierda.

**Métodos:** Se estudiaron 409 p, 288 > de 65(88 hombres) con función ventricular normal (group I=G1), 77 > de 65(39 hombres) con función ventricular izquierda deteriorada (G2), 34< de 65 años(24 hombres) con función ventricular normal (G3) y 10 <de

65 años (6 hombres) con función ventricular izquierda disminuida (G4) con Eao grave definida por un área menor de 0,75 cm<sup>2</sup>. Se analizaron: diámetro diastólico ventricular izquierdo (DDVI), diámetro sistólico ventricular izquierdo (DSVI), fracción de acortamiento (F), masa ventricular izquierda (MVI), grosor parietal relativo en diástole y sístole, diámetro de aurícula izquierda, raíz aórtica, apertura valvular aórtica, velocidad de onda E y A, su relación (E/A), velocidad aórtica (VAo), su gradiente máximo (GMx) y medio (GM), velocidad del tracto de salida del ventrículo izquierdo (VTS), área valvular aórtica (VAo), presión pulmonar sistólica (Ppulm), la relación F / GMx y la relación VTS / VAo. Se calculó la media (m) de los 4 grupos y se las comparó entre sí con un test de Anova (An) de una sola vía. y si la p fue < 0,05 se realizó test de Tukey para grupos con muestras desiguales.

**Resultados:** Sólo variables estadísticamente significativas fueron informadas.

	DDVI	DSVI	MVI	A	EE/A	VVAo	GMx	GM	Ppulm
G1	47,52*#	27,70*#	329,99*#	1,10*	0,94*	4,75*	92,01*	56,24	41,58*#
G2	55,56*	42,44*\$	394,04*	0,86*	1,32*	4,36*#	77,93*#	50,24*	24,07*\$#
G3	52,06	30,90\$	374,29	0,94	1,33	4,99#	101,83#	62,89*	49,66\$
G4	59,18#	43,00#	466,32#	0,76	1,33	4,19\$	74,00\$	48,27	56,50#&

**Conclusión:** El llenado ventricular se correlaciona con la función ventricular izquierda en p añosos pero no en los jóvenes.

#### 46. Angina inestable: análisis comparativo entre individuos de edad igual o mayor a 65 años y menores de 65 años.

Brito Viviana, Rodríguez Gabriela, Lakowsky Alejandro, Swieskowsky Sandra, Pérez de la Hoz Ricardo, Sampó Eduardo, Martínez Martínez José Andrés

*Hospital de Clínicas "José de San Martín". UBA. Ciudad de Buenos Aires. Argentina.*

Se ha descrito un incremento en la frecuencia y morbi-mortalidad por enfermedad cardiovascular en los individuos de mayor edad. La presencia de enfermedad coronaria difusa, disfunción ventricular, múltiples factores de riesgo cardiovascular mayor (FRCM), y formas de presentación atípica que conllevan a la consulta tardía podrían explicar estos hallazgos. **Objetivo:** Comparar según edad las características de pacientes (P) ingresados consecutivamente en la unidad coronaria de nuestro hospital entre enero de 1995 y junio del 2001 con diagnóstico de angina inestable y lesiones angiográficas de al menos 1 vaso. **Material y Métodos:** Los 81 P incluidos fueron divididos en grupo 1 (G1) integrado por individuos de 65 o más años de edad, y grupo 2 (G2) menores de 65 años. Se realizó un análisis retrospectivo, comparativo, observacional y de corte transversal, considerándose las características clínicas, formas de presentación clínico-electrocardiográfica y respuesta ante pruebas de estrés entre ambos grupos. El test de chi<sup>2</sup> se empleó para variables en escala nominal. **Resultados:** El G1 comprendió 41 P, 78% hombres, edad media 72± 4,8, el G2 40 P, 80% hombres, edad media 57.4±5.2 En el G1 el número de individuos diabéticos, dislipémicos, o con más de 1 FRCM resultó significativamente mayor. En los P del G2 el número de pruebas ergométricas (PE) positivas resultó mayor en forma significativa. El 43% de las PE fue positiva en el G1 por desarrollo de alteraciones del ST y/o angor versus el 19% en el G2, aunque dicha diferencia no alcanzó rango estadístico (p= 0.07) **Conclusiones:** En nuestra población se observó una mayor prevalencia de 1 o más FRCM entre los individuos de 65 o más años de edad, en forma similar a lo descrito en la literatura médica. El menor porcentaje de PE positivas por ST y/o angor observado en éste último grupo podría deberse quizás a una alteración en el umbral al dolor descrito en sujetos de mayor edad, requiriendo éste último una investigación con un mayor número de P para su confirmación.

#### 47. Comparación de hallazgos entre pacientes añosos y jóvenes con estenosis aórtica grave. Berensztein C. S., Lanosa G., Ber M., Grosso O., Blanco E., Piñero D., Vázquez Blanco M., Lerman J.

*Hospital de Clínicas "José de San Martín". UBA. Ciudad de Buenos Aires. Argentina.*

**Objetivos:** Comparar si existen diferentes hallazgos entre pacientes (p) > y < de 65 años con estenosis aórtica grave (EAG).

**Métodos:** Se estudiaron 419 p, 370 >de 65 (grupo I=GI) y 49 < de 65 años (GII) con EAG definida por un área menor de 0,75 cm<sup>2</sup>. El grupo I (129 hombres) tenían edad media de 77,74 años (rango de 65 a 100). En el GII (34 hombres), la edad media fue de 52,76 años (rango de 19 a 64). Se analizaron: peso, talla, superficie corporal (SC), diámetro diastólico ventricular izquierdo (DDVI), diámetro sistólico ventricular izquierdo, fracción de acortamiento, septum interventricular en sístole y diástole, pared posterior en sístole (PPS) y diástole (PPD), masa ventricular izquierda (MVI), grosor parietal relativo en diástole (GPRD) y sístole (GPRS), diámetro de aurícula izquierda (AI), raíz aórtica (Ao), apertura valvular aórtica (VAo), velocidad de onda E y A, su relación (E/A), velocidad aórtica (VAo), su gradiente máximo (GMx) y medio (GM), área valvular aórtica (VAo), presión pulmonar sistólica (Ppulm). Se calculó media(m), desvío standard(s) y prueba de t (p< de 0,05). **Resultados:** Se presentaron sólo los hallazgos estadísticamente significativos.

		SC	DDVI	MVI	ApAo	A	E/A	Ppulm
G	m	1,69	49,41	344,81	8,3	1,05	1,02	45,74
I	s	0,17	8,72	123,24	1,78	0,37	0,60	10,94
G	m	1,85	53,92	398,39	9,08	0,90	1,33	52,40
II	s	0,24	8,02	120,37	1,99	0,37	0,72	16,10
	t	0,000	0,000	0,008	0,009	0,02	0,00	0,04

**Conclusión:** Las diferencias con significación estadística entre GI y GII con EAG fueron: 1) predominio del sexo femenino en el grupo I y del masculino en el II, 2) la SC, el DDVI, el PPS, el MVI, la Ap Ao, la relación E/A y la P pulm fueron menores en el grupo I que en el II mientras que 3) la PPD, el GPDR y la onda A resultaron a la inversa.

#### 48. Utilidad del eco doppler en el tromboembolismo pulmonar. Berensztein C. S., Pérez I., Rivas S., Luis J., Piñero D., Vázquez Blanco M., Lerman J.

*Hospital de Clínicas "José de San Martín". UBA. Ciudad de Buenos Aires. Argentina.*

**Objetivos:** Establecer la sensibilidad(S), especificidad(E), valor predictivo positivo(VPP) y negativo(VPN) de mortalidad que presentan algunas características del eco-Doppler en el tromboembolismo pulmonar. **Métodos:** Se estudiaron 50 pacientes (p) con tromboembolismo pulmonar confirmado en los 2 últimos años en nuestro hospital de los cuales 37 tenían eco-Doppler. Las edades variaron entre 21 y 90 años (media:65,43±15,45), 14 eran hombres. Se determinó la dilatación de cámaras derechas(Dil D), la presión sistólica pulmonar(PSP)(> y < de 40mmHg) y la fracción de acortamiento(FA)(> y < de 30%). Sobrevivieron 32 p. Se determinó la S, E, VPP y VPN de estas características en p vivos y muertos. **Resultados:**

	S	E	VPP	VPN
Dil D	89,28%	22,22%	78,12%	40%
PSP	100%	45,45 %	81,25%	100%
FA	44%	0%	12,50%	0%

**Conclusión:** La Dil D y la PSP son índices ecocardiográficos con aceptable S y VPP mientras que la PSP, además, tiene un correcto VPN.

#### 49. Mal funcionamiento de marcapasos por antenas de telefonía celular. Repetto H., Catalano N., Militello C., Benassi M., Franco A., Montilla M., Lerman J.

*División Cardiología Sección Electrofisiología. Hospital de Clínicas "José de San Martín". UBA. Ciudad de Buenos Aires. Argentina.*

Las emisiones de energía electromagnética no ionizante pueden provocar efectos biológicos. Estas emisiones producen energía radiante, (radiación), y no radiante, (campos). Los campos electromagnéticos no tiene componente radiactivo, estos campos penetran fácilmente edificios, personas y provocan mal funcionamiento en marcapasos, (MP). Existe escasa información experimental acerca de la exposición de pacientes portadores de MP a campos magnéticos estáticos, se sospecha que estos pueden verse afectados en campos de densidad de flujo > de 2 Tales. Hay informes de efectos sobre los mismos con campos de 1,7mT. El efecto sobre el MP más común es la actividad asincrónica, la cual es reversible al alejarse del campo. Las recomendaciones actuales restringen la exposición a un máximo de 0,5 mT. Nuestra observación se refiere a un paciente, masculino de 58 años, portador de miocardiopatía dilatada de etiología isquémica necrótica, con disfunción sinusal por la que se implanta un MP Biotronik Ergos 03, el paciente al acercarse a una antena de telefonía celular presentaba frecuencia del upper rate, con angor e insuficiencia cardíaca que desaparecían al alejarse del lugar. El objetivo de esta presentación es evidenciar ante las autoridades científicas y públicas la confirmación de las potenciales alteraciones de los campos electromagnéticos en los pacientes portadores de MP.

#### 50. Oclusión con balón de la arteria ilíaca primitiva para la resección de tumores de muslo: un estudio piloto.

Fernández H., Barrera E., Parizzia W., Sola G., Berensztein S., Vázquez Blanco M., Lerman J.

*División Cardiología y Traumatología. Hospital de Clínicas "José de San Martín". UBA. Ciudad de Buenos Aires. Argentina.*

**Objetivo:** En la resección de tumores de pierna los cirujanos a menudo utilizan la compresión neumática del muslo. Este procedimiento simplifica la técnica quirúrgica, reduce el tiempo quirúrgico y la necesidad de transfusiones. En este estudio piloto, se analizó la utilidad de la oclusión con balón de la arteria ilíaca primitiva, para la resección de tumores de muslo. **Métodos:** Cinco pacientes consecutivos con tumores malignos en los muslos, primarios (n=3) o metastáticos (n=2), fueron comparados con seis controles. Utilizando el método transfemorale, se colocó un balón (5 a 7 mm) para ocluir la arteria ilíaca primitiva. El balón fue inflado y desinflado durante 45 y 10 minutos respectivamente durante el transcurso del procedimiento. En ambos grupos se evaluaron: tiempo quirúrgico y necesidad de transfusiones. **Resultados:** La cantidad de sangre requerida se redujo de  $1250 \pm 524$  a  $800 \pm 273$  mil. ( $p < 0.05$ ) y la duración del procedimiento disminuyó de  $205 \pm 101$  a  $126 \pm 32$  minutos ( $p < 0.06$ ) en el grupo de estudio y los controles respectivamente. **Conclusiones:** En este estudio piloto, la oclusión de la arteria ilíaca primitiva con balón simplificado la resección quirúrgica de tumores malignos del muslo al reducir el tiempo quirúrgico y la necesidad de transfusiones. El procedimiento fue simple y no presentó complicaciones. Deberían realizarse más estudios para confirmar esta conclusión.

#### 51. Extracción de cuerpos extraños del corazón y grandes vasos: Experiencia en 9 casos.

Fernández H., Barrera E., Liotta S., Hani N., Mieres J., Hernández L.(Tec), Berensztein S., Lerman J.

*Hospital de Clínicas "José de San Martín". UBA. Ciudad de Buenos Aires. Argentina.*

**Objetivo:** En los últimos años se han registrado cambios en la naturaleza de los cuerpos extraños (ce) intravasculares extraídos y en los elementos usados para su extracción. Evaluamos nuestra experiencia en la extracción de ce de grandes vasos y del corazón y el uso y seguridad de un nuevo dispositivo. **Materiales y Métodos:** Entre 1985 y 1998 se efectuaron extracciones de ce en 9 pacientes (p). Cuatro p (44,4%) fueron complicaciones en la sala de hemodinámica por rotura de un catéter diagnóstico. El resto (56,6%) fueron derivados de otros servicios u hospitales e incluyeron 3 roturas de catéteres venosos centrales y

2 guías de alambre. En todos los casos se utilizaron introductores 8F. Analizamos y comparamos el método y material utilizado para su extracción y las complicaciones. **Resultados:** La e fue exitosa en 8 (88,8%) de los 9 p. Para los ce intraarteriales (todos en aorta) se utilizó la técnica del lazo (catéter diagnóstico y una guía 0.021), en 2 fue requerido el uso de un catéter Pigtail para su reubicación. Dos pudieron ser extraídos a través del introductor, 1 se lo ubicó en la arteria femoral y se lo extrajo con anestesia local y 1 sufrió la perforación de la aorta motivo por el cual tuvo que ser operado. Para los ce intravenosos y en corazón se utilizó un extractor de nitinol preformado, el Amplatz goose-neck. En 2 fue requerido el uso de una guía reflectora para su reubicación, todos fueron extraídos a través del introductor y ninguno tuvo complicaciones. **Conclusiones:** 1) La extracción de cuerpos extraños intravasculares e intracardíacos puede ser efectuada por método percutáneo con seguridad y eficacia. 2) El uso del extractor preformado Amplatz Goose-neck facilita la extracción de cuerpos extraños sin complicaciones.

#### 52. Endarterectomía carotídea. Garrido Sergio Alejandro, Ferreyra Fernández Sergio, Montero Diego, Pfulder Guillermo, Gural Oscar, López Verónica, Carcamo Edgardo, Bracco Aldo

*Hospital de Clínicas "José de San Martín". UBA. Ciudad de Buenos Aires. Argentina.*

Desde enero del 2000 hasta abril del 2002 se realizaron 39 cirugías carotídeas. La edad promedio fue 72,9 años; 24 de sexo masculino y 15 femenino, 26 presentaron hipertensión arterial, 8 diabetes y 19 tabaquismo. Trece pacientes presentaron accidentes isquémicos transitorios, 10 accidentes cerebrovasculares, 13 asintomáticos y 3 tuvieron mareos. Fueron estudiados con ecodoppler y angiografía por resonancia magnética nuclear 24 casos, angiografía por cateterismo 9, ecodoppler y angiografía 4 y ecodoppler solo 2 casos. Se realizaron 37 endarterectomías, una resección de aneurisma y anastomosis termino-terminal y una ligadura de carótida interna. Se empleó shunt transitorio en 32 casos y parche en 17. El 89.7 % de las operaciones fueron realizadas por médicos residentes ayudados por médicos de planta. La mortalidad operatoria fue de 2.5 % (1 caso de infarto hemorrágico 5 días luego del alta), no hubo complicaciones isquémicas relacionadas con la cirugía y solo 2 complicaciones menores: 1 paresia del hipogloso y otra facial. **Conclusiones:** se ha realizado un número mayor de intervenciones carotídeas en estos dos años. Se usaron métodos de diagnóstico no invasivos en la mayoría de los casos (61%), angiografía en los casos de discordancia entre el duplex y la resonancia y en casos derivados de otros servicios. El porcentaje de casos operados por los médicos residentes es muy alto. Los resultados han sido satisfactorios comparables con cifras internacionales.

#### 53. Alta incidencia de insuficiencia de vitamina D en la población añosa clínicamente sana de Buenos Aires. Factores determinantes.

Plantalech Luisa, Oliveri Beatriz, Salerni Helena, Pozzo Josefina, Ercolano Mónica, Ladizesky Marta, Casco Cristina, Zeni Susana, Somoza Julia, Fassi Juliana, Bagur Alicia

*Comisión de Investigación, Asociación Argentina de Osteología y Metabolismo Mineral.*

La deficiencia de vitamina D en la población añosa está asociada con hiperparatiroidismo secundario (HPT<sup>2°</sup>), disminución de densidad ósea y mayor incidencia de fractura de cadera. Con el objetivo de evaluar los niveles de 25OH VitaminaD (25 OHD) en la población añosa de Buenos Aires (34°S) al final del invierno se estudiaron 169 individuos (X ± DS), 113 mujeres y 56 hombres (71.5 ± 5.4 años) que no recibían vitamina D, provenientes de tres hospitales públicos: (Hospitales de Clínicas, Durand y Ramos Mejía) y tres centros privados (Hospital Italiano, Alemán y Centro de Osteopatías Médicas). Se evaluó por interrogatorio: exposición solar, vivienda, vestimenta, ingesta de

alimentos con vitamina D (D) y el nivel socioeconómico. Se midieron los niveles séricos de 25 OH D (RIA), PTH (RIA), calcio, creatinina y fosfatasa alcalina. Resultados: el promedio de 25 OH D fue  $18.1 \pm 8.2$  (ng/ml), el 62 % de la población presentaba niveles de insuficiencia de vitamina D ( $<20$  ng/ml). El promedio de PTH fue:  $60 \pm 50.7$  pg/ml, presentando HPT2° el 9% de la población. 45% no tenían exposición al sol y 63% consumían alimentos con D. Los niveles de 25 OH D fueron mayores con exposición solar vs. no expuestos ( $23.3 \pm 2.1$  vs.  $15.3 \pm 0.1$ ,  $p < 0.001$ ); los que ingerían alimentos con D vs. ingesta cero ( $20.5 \pm 1.7$  vs.  $15.2 \pm 0.9$ ,  $p < 0.01$ ); los que vivían en casa vs departamento ( $19.2 \pm 0.9$  vs.  $17.1 \pm 1.3$ ,  $p < 0.05$ ); los que usaban ropa de playa en verano ( $20.9 \pm 2.0$  vs.  $16.7 \pm 0.7$ ,  $p < 0.01$ ) y los que tenían nivel socioeconómico alto (A:  $20.7 \pm 2.0$  vs. B:  $16.7 \pm 0.7$ ,  $p < 0.05$ ). Conclusión: Existe una alta incidencia de hipovitaminosis D e hiperparatroidismo secundario en la población añaosa de Buenos Aires y está asociada a escasa exposición solar, ingesta de vitamina D disminuida y bajo nivel socioeconómico. Medidas de suplementación con vitamina D deberían ser instituidas en la población mayor de 65 años.

**54. Tratamiento de la hipercalcemia, con pamidronato EV, en el síndrome de Williams-Beuren.** Mastaglia Silvina Rosana, Oliveri Beatriz, Pardo Argerich María Lorena, Gravano Juan Carlos

*Sección de Osteopatías Médicas y Servicio de Pediatría. Hospital de Clínicas "José de San Martín". UBA. Ciudad de Buenos Aires. Argentina.*

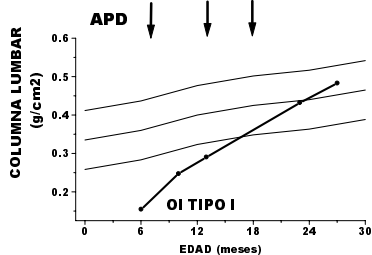
El Síndrome de William- Beuren (SWB) es una enfermedad de herencia autosómica dominante que se caracteriza por la tríada: estenosis aórtica, retardo mental y fascie característica (cara de duende). Presenta alteración del metabolismo mineral (hipercalcemia, hipercalcemia y nefrocalcinosis). Existe controversia sobre el mecanismo de producción de la hipercalcemia y el tratamiento de esta enfermedad (administración crónica de corticoides asociado a una baja ingesta en calcio y vitamina D). Se presenta el caso de un paciente del sexo masculino de 14 meses de vida con diagnóstico de SWB, con hipercalcemia (Calcemia (Cas)  $13.1$  mg/dl (vn  $8.9-10.5$ ), hipercalcemia (índice calciuria/creatininuria (Cau/Cru):  $0.8$ mg/mg (VN  $<0.20$ )) y nefrocalcinosis diagnosticada por ecografía. Se le administró una dosis única de pamidronato endovenoso de  $1$ mg/Kg/ día, con la cual no presentó efectos secundarios. Se observó una disminución de Cas ( $9.5$ mg/dl) y de Cau/Cru ( $0.03$ ) a valores normales post-infusión. El valor más bajo de Cas ( $8.8$ mg/dl) se registró a la semana de haber recibido la infusión del pamidronato. Se indicó una dieta con bajo contenido de calcio ( $100-400$ mg/ día) y exenta de vitamina D, que el paciente no recibió. En los 110 días de seguimiento se observó un aumento paulatino de Cas, que se mantuvo en los valores superiores normales (rango:  $8.8-10.8$ mg%). Los niveles de Cau/Cru ( $0.20-0.54$ ) fueron aumentando progresivamente sin llegar al valor basal. **Conclusión:** El pamidronato es una alternativa terapéutica en el tratamiento de la hipercalcemia e hipercalcemia del SWB. Debería estar asociado a una dieta con bajo contenido de calcio y vitamina D para una mejor evolución.

**55. El tratamiento precoz con pamidronato endovenoso normaliza la masa ósea en un niño con osteogénesis imperfecta tipo I.** Oliveri Beatriz, Parisi Muriel Solange, Mastaglia Silvina Rosana

*Sección Osteopatías Médicas. Hospital de Clínicas "José de San Martín". UBA. Ciudad de Buenos Aires. Argentina.*

La osteogénesis imperfecta (OI) es una enfermedad caracterizada por una síntesis de colágeno alterada que causa fragilidad ósea y fracturas patológicas. El tratamiento médico ha sido inefectivo excepto en los últimos años que se han demostrado resultados beneficiosos con el pamidronato endovenoso (APD ev). Se presenta el caso de un paciente con OI tratado con APD ev a partir de los 7 meses y su evolución durante 27 meses. Caso

clínico: Varón de 7 meses con OI con antecedente de fracturas vertebrales, fémur, húmero y costilla y con antecedentes familiares (madre y abuela) con OI. Datos positivos al examen físico: escleróticas azules, hiperlaxitud ligamentaria, peso (P 5) y tala (P 20). En la RX de columna se observaba osteopenia y dos fracturas vertebrales. La densidad mineral ósea (DMO) (DEXA-HOLOGIC) de columna lumbar se encontraba severamente disminuida, L1-L4:  $0.154$ g/cm<sup>2</sup> (Zscore  $-4$ ). Laboratorio: presentaba valores normales de calcemia, fosfatemia, fosfatasa alcalina e índice calciuria/creatininuria. Se administró APD ev en ciclos de 3 días (dosis de  $0.5-1.0$ mg/kg/d cada 4 meses). Luego de la primera infusión el paciente presentó leve hipocalcemia y síntomas de reacción de fase aguda (fiebre). Resultados: bajo el tratamiento el paciente



tuvo adecuado crecimiento y a pesar de ser un niño activo no tuvo nuevas fracturas. La DMO de L1L4 aumentó (+180%) llegando a valores normales:  $0.432$ g/cm<sup>2</sup> (Zscore  $+0.2$ ). Presentó mejoría de densidad radiológica y remodelamiento de los cuerpos vertebrales.

**56. Hiperparatiroidismo primario: recuperación de la densidad mineral ósea luego de la cirugía.** Bagur Alicia, Di Gregorio Silvana, Rivero Mariano, Mautalen Carlos

*Sección Osteopatías Médicas. Hospital de Clínicas "José de San Martín". UBA. Ciudad de Buenos Aires. Argentina.*

La recuperación de la densidad mineral ósea (DMO) luego de la paratiroidectomía (PTx) en pacientes con hiperparatiroidismo primario (HP 1°) ha sido estudiada anteriormente midiendo la DMO de la columna lumbar y fémur. El objetivo del presente trabajo fue evaluar la recuperación de la DMO post PTx evaluando el esqueleto total (ET) y las subáreas que lo componen: cabeza, piernas, brazos, columna y pelvis. Se estudiaron 8 pacientes pre PTx, 6, 12 y 24 meses post PTx. La DMO fue evaluada por DXA y los resultados fueron expresados como porcentaje de cambio con respecto al valor basal. La DMO pre PTx se encontró disminuida: ET -28%, subáreas: cabeza -55%, piernas -35%, columna total -32%, brazos -27% y pelvis -26%. La tabla muestra la recuperación (%) de la DMO del ET y las subáreas post PTx (promedio)

DMO	6 meses	12 meses	24 meses
Esqueleto total	+13	+14	+24
Cabeza	+29	+32	+42
Piernas	+21	+21	+33
Columna total	+21	+17	+35
Pelvis	+19	+20	+36
Brazos	+14	+9	+20

Luego de la PTx 5 pacientes incrementaron su DMO alcanzando valores normales de ET. Tres pacientes a pesar de los incrementos permanecieron con una DMO disminuida. Conclusiones. 1- El incremento de DMO fue continuo en todas las áreas esqueléticas. 2- La DMO del cráneo tuvo el mayor incremento a los 24 meses (42%). 3- El HP 1° produce una disminución de DMO generalizada, y la recuperación luego de la cirugía es mayor en las áreas más afectadas. 4- El estudio de las subáreas del esqueleto total brinda una información integral y por sectores de la recuperación post PTx en los pacientes con HP 1°.

**57. El pamidronato endovenoso aumenta la densidad mineral ósea en pacientes con displasia fibrosa. Efecto de dos años de tratamiento.** Parisi Muriel Solange, Oliveri Beatriz, Mautalen Carlos

*Sección Osteopatías Médicas. Hospital de Clínicas "José de San Martín". UBA. Ciudad de Buenos Aires. Argentina.*

En la Displasia Fibrosa (DF) el pamidronato endovenoso (APD ev) disminuye el dolor, los marcadores de remodelamiento óseo y puede producir mejoría radiológica de las lesiones. Diez pacientes con DF, 7 mujeres y 3 hombres (edad promedio: 32 años) recibieron 2 años APD ev (60mg/día 3 días consecutivos, cada 6 meses). Trimestralmente se evaluaron los síntomas clínicos y los marcadores bioquímicos de remodelamiento óseo. Anualmente se estudió la Densidad Mineral Ósea (DMO) del esqueleto total (ET) y se efectuaron radiografías de las lesiones. La DMO de los huesos con DF fue comparada con la del hueso contralateral sano utilizando el programa de regiones de interés de la densitometría del ET. En controles sanos apareados por sexo y edad se realizó el mismo estudio de la DMO, comparando izquierda versus derecha. Basalmente la DMO de los huesos con DF era en promedio 11.2% menor que los huesos sanos (en controles sanos, la diferencia de DMO entre lado derecho e izquierdo fue significativamente menor: 0.7% ( $p < 0.02$ )). El APD ev disminuyó el dolor y los niveles de los marcadores de remodelamiento óseo. La DMO del ET aumentó 2.7% promedio al año ( $p < 0.05$ ) y 4.4% a los 2 años ( $p < 0.05$ ). En los huesos con DF la DMO aumentó en promedio un 3.8% al año y 8.2% a los 2 años comparado con un 0.3% y -2.9% en los huesos sanos al año y a los dos años respectivamente. La diferencia promedio en la DMO entre los huesos con DF y los huesos sanos se redujo significativamente con el tratamiento a -8.4% al año y -2.6% luego de 2 años ( $p < 0.02$ ). No se observaron cambios radiológicos de las lesiones. El APD ev produjo un aumento de la DMO del ET y específicamente de los huesos afectados por la enfermedad. El seguimiento densitométrico de estos pacientes mostró ser útil para evaluar la eficacia del tratamiento y ser sensible en detectar más tempranamente cambios a nivel de las lesiones que la radiología convencional.

**58. Limitación terapéutica al final de la vida e ingreso a terapia intensiva (UTI) en pacientes portadores de enfermedades incurables.** Mertnoff Rosa, Tealdi Juan Carlos, Gherardi Carlos

*Hospital de Clínicas "José de San Martín". UBA. Ciudad de Buenos Aires. Argentina.*

La terminalidad de una enfermedad es una condición evolutiva muy difícil de determinar con precisión. Cuando se la intenta colocar en una dimensión temporal los límites de la irreversibilidad clínica son siempre discutibles e imprecisos. Una ética común del final de la vida debe reunir a las áreas de UTI y Cuidados Paliativos. Los límites en la atención médica están orientados a no provocar un sufrimiento mayor al paciente que el eventual beneficio que pueda derivarse del tratamiento. En ese sentido consideramos 1. la aplicación limitada de tratamientos que puedan conducir a una prolongación indefinida de la agonía y demorar la llegada inevitable de la muerte evitando el uso de procedimientos excesivos sobre los signos vitales que prolongan indefinidamente la vida biológica generando en el paciente aislamiento, sufrimiento y/ o desfiguración (encarnizamiento terapéutico) 2. La vigencia del principio de autonomía que atiende a las preferencias del paciente, a su calidad de vida y a la valoración exclusiva del "bien" para cada uno 3. la decisión primaria de tratar o no como derecho del paciente e independiente de la enfermedad y de su estado evolutivo 4. La existencia de un testamento vital o de una directiva anticipada actualizada como prioridad para ser respetada con independencia de la opinión del equipo asistencial y de la familia. 5. El reemplazo de la comunicación con el paciente por la familia o su representante en caso de incompetencia del primero 6. La importancia de establecer una fluida comunicación con el paciente y su familia debiendo analizarse de manera

permanente la situación evolutiva y sus alternativas reconsiderando los acuerdos sobre el tratamiento. Proponemos además, considerar las siguientes situaciones para la admisión o permanencia de los pacientes portadores de enfermedades terminales al área de cuidados intensivos: -paciente con enfermedad incurable en estado crítico cuyo tiempo de sobrevida se desconozca. -paciente con diagnóstico de cáncer en estado crítico cuya incurabilidad aún se desconoce. -paciente con diagnóstico de cáncer que presenta una intercurencia aguda y no se encuentra en un estadio terminal de su enfermedad.

**59. Auditoría clínica del equipo de cuidados paliativos (CP) de un Hospital Universitario.** Mertnoff Rosa, Di Matteo Patricia, Rosso Ana, Muras Norma, Nadal Carolina, Bisseton Julia

*Hospital de Clínicas "José de San Martín". UBA. Ciudad de Buenos Aires. Argentina.*

**Introducción y Objetivos:** Los CP ofrecen un modelo de atención transdisciplinario entrenado en identificar y dar respuesta a las necesidades de la unidad paciente-familia. Analizamos algunos parámetros de la auditoría clínica (eficacia-eficiencia) de nuestro Servicio utilizando estándares internacionales. **Materiales y Métodos:** Se revisaron retrospectivamente las historias clínicas (10/00 al 09/01) evaluándose: síntomas presentes en primera consulta, dolor en primera y segunda consulta (ENA) y al óbito por referencia de cuidadores (ausente-leve-moderado-severo). Uso de: Opioides: dosis, rotación, DEMO. Tiempo medio de atención, accesibilidad, motivo de egreso, lugar de óbito **Criterios de inclusión:** Paciente con cáncer avanzado sin tratamiento oncológico, dolor  $\geq 5$  al ingreso. **Criterios de exclusión:** Paciente con dolor no oncológico o en tratamiento oncológico con criterio antálgico. **Resultados:** Ingresaron 213 pacientes, 149 con enfermedad oncológica, cumpliendo 100 con los criterios de inclusión. Síntomas al ingreso: dolor 65%, dolor y otro síntoma: 31%, otros síntomas sin dolor: 4%. ENA promedio al ingreso: 7, ENA promedio en segunda consulta: 3, Dolor al óbito sobre 20 pacientes, entre ausente y leve. Opioides: Tramadol: 15%, Codeína 3%, morfina: 47%, oxycodona 35%. Coadyuvantes: 61%. Sin rotación: 77%, una rotación 20%, dos 3%, DEMO: 153,4. T1/2 atención: 83,76 días Accesibilidad: Capital 67%, conurbano: 21%, provincia 11%, país limítrofe: 1%. Óbito: 63%, abandono: 13%, derivación a otro centro: 7%. Segunda opinión 2%, sin datos: 2%, en seguimiento 13% Lugar de fallecimiento: domicilio: 55%, Hospital de Clínicas 28,57%, otro hospital: 9,52%, geriátrico: 2%, sin datos 3,17%. De los pacientes fallecidos en el domicilio: cobertura 78,7%, sin 21,3% (10,63% sin recursos). **Conclusiones:** Los pacientes ingresan con dolor moderado-severo y presentan dolor leve a la segunda consulta. La oxycodona fue utilizada como primera línea en un alto % por el bajo costo y disponibilidad en el equipo. Las rotaciones fueron realizadas con dos opioides y en un bajo %. El T1/2 de atención corresponde al patrón de CP. En más de 1/3 de los pacientes su traslado superó los 20 km. Su permanencia con el equipo respondió a la falta de recursos específicos disponibles en el área. Aún sin contar con internación domiciliaria un alto % falleció en la casa con coordinación telefónica hasta el óbito y alto grado de satisfacción de los cuidadores.

**60. Procuración de órganos: ¿Cuánto conocemos?.** Castagna Rosa, Iztrastzoff Tatiana, Abaz Bibiana, Zelechower Hugo, Valdez Pascual

*Hospital Vélez Sarsfield. GCBA. Buenos Aires. Argentina.*

**Objetivos:** Cuantificar instrucción previa, médicos denunciantes de potenciales donantes (PD), conductas correctas ante diversas situaciones, conocer variables predictoras de realización de denuncias en un modelo logístico. **Material y Métodos:** Diseño prospectivo, observacional, transversal. Se incluyeron médicos y enfermeros del Departamento de Urgencias de y residentes de Clínica y Pediatría. Muestra consecutiva, 120 trabajadores de la salud. Encuesta anónima autoadministrada. **Resultados:** Instrucción previa: 31,66%. Médicos denunciantes de PD=



19,58%, conductas correctas ante corazón parado= 67,5%, eventos en guardia externa= 69,16%, pacientes con intervención policial= 50%, mecanismo operativo correcto ante PD= 14,16%. Grado de instrucción médicos vs enfermeros= 34% vs 21% (pNS); jefes vs resto de médicos= 88% vs 28%. (p= 0,0006); residentes vs resto de médicos= 25% vs 35% (pNS). Al comparar las conductas correctas en esas 3 situaciones= pNS en todos los casos. Variables predictoras de realización de denuncias= instrucción previa (p= 0,0032), conocer el mecanismo operativo correcto ante una posible muerte cerebral (p= 0,0316). **Conclusiones:** La instrucción previa fue más frecuente en los jefes. El 19,58% realizó denuncias, hecho que se asoció a instrucción previa. Las conductas correctas ante corazón parado, eventos en guardia externa o en pacientes con intervención policial tuvieron un rango entre 50% y 69%. El conocimiento del mecanismo operativo correcto fue del 14,16%. El 12,5% tiene tarjeta de donante. La instrucción previa y el conocimiento del mecanismo operativo correcto ante una posible muerte cerebral fueron variables predictoras de realización de denuncias.

**61. Medicina defensiva: a propósito de dos casos con indicación médica de ligadura tubaria.** Chaves Zambrano Miguel Angel, Gherardi Carlos, Tealdi Juan Carlos, Kurlat Isabel, Mertnoff Rosa, Muras Norma, Prece Graciela, Genoud Gloria

*Comisión Consultiva, Comité Hospitalario de Ética. Hospital de Clínicas "José de San Martín". UBA. Ciudad de Buenos Aires. Argentina.*

Se analizan dos casos presentados a la Comisión Consultiva del Comité de Ética del Hospital de Clínicas (CHE). Dos pacientes internadas en la sala de Alto Riesgo Obstétrico solicitaron ligadura de trompas de Falopio como método anticonceptivo, y el pedido fue denegado por el Departamento de Tocoginecología, aduciendo la falta de recursos legales para la realización del procedimiento, con la eventual probabilidad de ser sometidos a una demanda judicial por lesiones gravísimas e irreversibles. Las características comunes a los dos casos eran las siguientes: 1.- La solicitud se realizó a los médicos de cabecera por parte de las mismas pacientes. 2.- Había indicación médica de anticoncepción; un nuevo embarazo significaba riesgo vital. 3.- Los métodos anticonceptivos convencionales, adecuados a la patología de las pacientes, habían fallado previamente, y por lo tanto las pacientes se embarazaron. 4.- El embarazo significó riesgo vital. 5.- La ligadura tubaria, por lo tanto tenía indicación médica. 6.- El CHE luego de evaluar la argumentación jurídica y médica de los casos, recomendó la ligadura de trompas. La indicación y/o omisión de un tratamiento médico teniendo en cuenta la necesidad percibida por un profesional de resguardar primariamente su responsabilidad personal ante un eventual reclamo por mala praxis, constituye lo que se conoce como medicina defensiva. Estas prácticas buscan la protección de la posición del médico frente a un futuro reclamo antes que el respeto de los principios que deben regir el acto médico y la relación médico-paciente. Una vez establecida la indicación médica de ligadura de trompas como método anticonceptivo, el procedimiento debe realizarse. La jurisprudencia es clara en la República Argentina, la decisión es médica y no debe solicitarse intervención judicial, más aún cuando la solicitud fue realizada por la propia paciente. En estos casos, la negativa al procedimiento vuelve a la decisión arbitraria, y evidencia la necesidad institucional de crear una normatización que al respecto salvaguarde los derechos de los pacientes. Este trabajo describe la argumentación clínica de la indicación médica de ligadura tubaria en los dos casos, revisa la jurisprudencia que avala la recomendación de llevar adelante dicho procedimiento, y analiza el concepto de Medicina Defensiva como el contexto médico y socio-jurídico por el cual no se realizó dicho procedimiento.

**62. El placebo en la investigación clínica. A propósito de dos protocolos en que se condicionó su uso.** Gherardi Carlos, Tealdi Juan Carlos, Goldenberg Daniel, Gienini Olga, Abud Adriana

*Comité de Ética del Hospital de Clínicas. Subcomisión de Investigación. Hospital de Clínicas "José de San Martín". UBA. Ciudad de Buenos Aires. Argentina.*

La utilización de placebo como control de la efectividad de nuevas drogas en farmacología clínica está sometida a importantes controversias. La debida protección del paciente no puede ser pospuesta en virtud del presunto progreso de la medicina. Se presentan dos protocolos multicéntricos internacionales que presentaban el uso de placebo en alguna rama de la investigación y en los que no se aseguraba fehacientemente, a juicio del Comité de Ética (Subcomisión de investigación) la protección del paciente investigado que fuera sujeto a la toma del mismo. En un primer protocolo se trató de un ensayo de fase III en esquizofrénicos con recaída o episodio agudo en quienes la investigación de una nueva droga, somepizazol, se efectuaba con control con olanzapina y placebo. El comité acordó con el grupo investigador que el uso de placebo solo fuera posible con la internación obligatoria del paciente, la debida notificación y acuerdo del juez competente en la situación de incapacidad del paciente y su control efectivo con medicación sintomática. En el segundo caso un ensayo comparativo con celecoxib en artritis psoriásica, doble ciego y controlado con placebo, se acordó con el investigador agregar como obligatorio criterio de inclusión que todos los pacientes, en ambas ramas de la investigación, recibieran una droga de segunda línea para el tratamiento de la enfermedad reumatoidea. En ambas situaciones que se presentan la buena predisposición de los investigadores permitió al Comité de Ética acordar la modificación del protocolo original para posibilitar en ensayo en el Hospital de Clínicas a efectos de hacer cumplir el punto 29 de la Declaración de Helsinki (Edimburgo.2000) según la cual los posibles beneficios, riesgos, costos y eficacia de todo procedimiento nuevo debe ser evaluado mediante su comparación con los mejores métodos preventivos, diagnósticos y terapéuticos existentes.

**63. Dime cómo falleció y te diré dónde nació.** Kurlat Isabel, Postolow Fabiana, Lavoria Daniel

*División de Neonatología, Departamento de Pediatría. Hospital de Clínicas "José de San Martín". UBA. Ciudad de Buenos Aires. Argentina.*

En los países desarrollados la tecnología permite mantener la vida usando todo el soporte vital disponible. La muerte se produce por abstinencia (AB) o retiro de este soporte vital (RS) cuando éste es considerado fútil. En este contexto, la muerte se produce por inevitable. El fallecimiento durante una reanimación prolongada (IR) es excepcional. Esto también se da en las unidades de cuidados intensivos neonatales (UCIN). Sin embargo en los países del tercer mundo muchos pacientes mueren sin asistencia o IR en ocasión de un paro cardiorespiratorio en durante su internación. Se trata de muertes, en su inmensa mayoría, evitables. La Argentina cabalga entre dos realidades. Es el ejemplo de la fusión de dos contextos político-sociales: el desarrollo y el tercer mundo. El presente estudio se diseñó para conocer en qué circunstancias fallecen los pacientes que se internan en la UCIN de la UBA, paradigma de fusión ya que tiene personal altamente entrenado, un buen sistema de formación, equipamiento razonable, pero comparte con el subdesarrollo un déficit crónico de enfermeras y el financiamiento insuficiente. La hipótesis del trabajo fue que en la mayoría de los RN la muerte se produce durante la reanimación y sería, por lo tanto, evitable. Se revisaron las historias clínicas de los 20 pacientes fallecidos entre el 1/7/2000 y el 30/6/ 2001. En ellas se analizaron: diagnóstico de base (prematurez, malformación del SNC, malformaciones generales), la existencia de un diagnóstico prenatal, las circunstancias de la muerte (IR, AB, RS) y las causas de muerte. En el 60 % de los casos los RN fallecieron IR, en el 25 % por AB, y en el 15 % RS. De los 7 prematuros, 6 fallecieron IR. En el caso de las malformaciones en el 60 % la muerte fue IR y en el 40% por AB o RS. Sólo en el caso de malformaciones severas del SNC la muerte se produjo, mayoritariamente, por AB. La causa de muerte más frecuentemente citada entre los fallecidos IR fue la sospecha de sepsis. Estos datos muestran que en

esta UCIN en la mayoría de los RN la muerte es IR y debería considerarse como una muerte evitable. Como la infección hospitalaria está estrechamente ligada a las condiciones de la asistencia, especulamos que una mejor relación RN/ enfermeras y un financiamiento acorde con las necesidades podría disminuir el número de muertes evitables. El resultado final sería una mayor reducción en la mortalidad infantil, mayor a la ya operada por la existencia de la Terapia Intensiva Neonatal.

**64. Agenesia uterovaginal: vivencias de pacientes y sus madres.** Giurgiovich A., Rodríguez L., Siemaszko K., Califano P., Di Noto A., Méndez Ribas J.

*Programa de Adolescencia. Sección Ginecología Infanto-Juvenil. Hospital de Clínicas "José de San Martín". UBA. Ciudad de Buenos Aires. Argentina.*

**Introducción:** La confirmación diagnóstica de una agenesia uterovaginal produce un impacto psicológico en las pacientes adolescentes y sus familias. Si bien la vida no esta comprometida, la función menstrual, coital y reproductiva si lo están. Por ello el acto de devolución diagnóstica y el sostén terapéutico resulta un paso complejo a dar por el profesional tratante. **Objetivo:** Exponer las vivencias de un grupo de pacientes con agenesia uterovaginal y de sus madres, a través de un video testimonial, para con-tribuir a concientizar a los médicos ginecólogos sobre la importancia del manejo de las mismas. **Pacientes y método:** Se convocó a 4 pacientes con agenesia uterovaginal tratadas en nuestro programa y se filmó en dos sesiones de 2 horas las diferentes vivencias experimentadas por ellas y sus familias con las cuales se confeccionó el video testimonial. **Temas que se tratan:** **La información.** El impacto de la devolución diagnóstica. Evocación. **Información hacia el afuera.** ¿Cómo le resulto cuando tuvo que contarlo a otros?. **La vergüenza.** ¿Cómo se lo contó a su novio? **Futuro.** La preocupación por no menstruar, por su futuro obstétrico y las dificultades en las relaciones sexuales. **Vivencias de las madres.** La culpa. **Tratamientos:** Experiencias de las pacientes con las **cirugías y/o con dilatadores.** Tiempo que le llevo decidir la corrección vaginal. Situación actual.

**65. Adversidades y urgencias en el ámbito radiológico.** Rachetta Silvana, Doisenbant Arnaldo Rodolfo

*Curso de Técnicos Radiólogos. Facultad de Medicina de la Univ. de Buenos Aires. 1ª Cátedra de Medicina Interna. Hospital de Clínicas "José de San Martín". UBA. Ciudad de Buenos Aires. Argentina.*

**Objetivo:** Identificación y mesura de complicaciones y urgencias en la práctica nosocomial de la radiología. **Metodología:** Encuestas retrospectivas en 60 centros hospitalarios de la ciudad de Buenos Aires y conurbano. **Primer etapa:** Consulta a todos los profesionales en radiología, de referencias mnésicas (por faltas de otros registros) de hechos, causas y variables relacionadas. Inclusión de todo caso en que se arriesgo o comprometió la salud física o síquica de pacientes, acompañantes o miembros del equipo, sea por factores del paciente, técnicas de trabajo inadecuadas, situaciones socio-ambientales, vínculos interpersonales inapropiados, o estado de aparatos, instalaciones o materiales. **Segunda etapa:** Estimación de prevalencia de cada adversidad detectada, en cada servicio, mediante encuesta parcialmente estructurada, dirigida sólo al personal de mayor experiencia (jefes de servicio y/o sus reemplazantes). **Resultados:** No hubo ningún centro exento de las situaciones a incluir, aunque con prevalencias variadas. De los múltiples tipos de eventos detectados, eran evitables al 56% (13% debido a instalaciones o equipos y 43% a técnicas y procedimientos). **Conclusiones:** Los datos, agrupados por su naturaleza y por su prevalencia anual según estimación de los distintos informantes, aunque aproximados (por su fuente) se consideran suficientes para marcar tendencias y orientar respuestas en proyectos educativos y de otros niveles de responsabilidad. Del análisis, surgen recomendaciones para prevención y tratamiento: Mejorar la interacción con los pacientes y del equipo profesional, planificar más tiempo para con-

trolar equipos, consultar ante dudas, y valorar pericia, atención, prudencia, serenidad, minuciosidad técnica y humildad.

**66. Distribución obtenida de un plan dinámico de Medicina Preventiva sobre 10.142 pacientes del partido de Bolívar.** Bucca José Antonio

*Clínica Modelo de Bolívar, Belgrano 299 y Fundación Inti para Estudios de Altura, Bolívar (6550), República Argentina.*

**Objetivo:** Buscar a las personas antes que se enfermen en su propio domicilio, en oposición a la espera pasiva en el Hospital. Fundamentos: diagnóstico en etapa subclínica o inaparente de la enfermedad. Los 10 principios del Plan valorizan la importancia del Auto-cuidado. **Metodología operativa:** charlas comunitarias educativas con personal afectado, enfermera residente en cada área programática, agente sanitario para completar en visita domiciliaria completar Cartilla de Salud especialmente diseñada, médico generalista para recibir la Cartilla y determinar los estudios, tratamientos o inter-consultas, médico supervisor para evaluar los niveles del Plan. **Resultados:** El análisis porcentual sobre 10.142 entrevistados mostró que el 63.7 % correspondió a una población mayor de 17 años. En adultos se diagnosticaron las siguientes patologías (%): c.a. de pulmón = 0.03, c.a. de piel = 0.57, c.a. de colon = 0.07, melanoma = 0.03, hipertensión arterial 17,00, diabetes = 4.00, Enfermedad bronquial = 7.00, otras patologías = 4.00. En niños se logró el 100 % del calendario completo de vacunación. **Conclusión:** El Plan detectó mas del 30 % de casos a través del binomio medico-persona aparentemente sana, en lugar del de médico-persona enferma con una ventajosa relación costo-eficacia. En una segunda etapa se vuelcan los datos a un Programa Statistic 3.0. (Isabel Martín, José Antonio Bucca y Jorge Woycik).

**67. Motivos de internación frecuentes en Clínica Médica.** Miyasato Miriam, Cavani Isabel, Estadella Susana, Murua Javier, Pietrángelo Carmelo

*Hospital de Clínicas "José de San Martín". UBA. Ciudad de Buenos Aires. Argentina.*

**Objetivos:** Evaluar patología prevalente y datos estadísticos de pacientes internados en la sala 6 del piso 10 (hombres) del Hospital de Clínicas. **Material:** archivo de los pacientes atendidos durante el período de 5 años comprendido entre el 1/ 1 / 1997 y el 31/ 12 /2002. **Métodos:** Se evaluó el promedio de los siguientes parámetros: egresos anuales, edad días de internación, tasa de mortalidad, cobertura social, prevalencia de patologías por aparato y etiologías predominantes. **Resultados:** se atendieron 980 pacientes (Media: 196 por año). Promedio etario 65,7 años, 53% mayores de 70 años. promedio de internación 11,7 días; Mortalidad 4,6% por año, cobertura por PAMI 50%, indigentes 13%. El 82% fueron patologías del aparato cardiovascular (38,1%) respiratoria (24,2%) y digestiva (20,3%). El 71 % de las patologías cardiovasculares fueron: insuficiencia cardíaca (25%) arritmias (18%) cardiopatía isquémica (11,3%) hipertensión arterial (10,5%) infarto agudo del miocardio (6,12%). El 68% de la patología respiratoria correspondió a Neumonías (42,2%), EPOC (16,5%) y cáncer de pulmón (9,6%). El 65% de la patología digestiva fueron hemorragia digestiva alta (21,3%) cirrosis (13,1%), hepatitis (12,02%), neoplasias (10,3%), úlceras (8%). El 60% de las patologías hematológicas comprendieron linfomas (27,8%), anemias (26,8%), leucemias agudas (10,3%). El 77% de las patologías renales fueron insuficiencia renal crónica (38,5%), infección urinaria (29,6%) y glomerulopatías (8,8%). El 75% de las enfermedades neurológicas fueron accidente cerebro vascular (55%), convulsiones (11,2%) y tumores (8,4%). Diabetes (88%) y sepsis (74,7%). **Comentarios:** El conocimiento de estos datos estadísticos y de prevalencia de patologías permite adecuar la infraestructura operativa, la disponibilidad de personal médico clínico, especializado, paramédico (enfermeras, kinesiólogos, asistentes sociales, etc) y de exámenes complementarios para atender adecuadamente a esta población.

**68. Trauma: clasificación y errores en la atención.** Pose Adriana, Alfie Claudio, Poveda Andrés, Díaz Guerrero Marcelo, Valdez Pascual

*Hospital Vélez Sarsfield. GCBA. Buenos Aires. Argentina.*

**Objetivos:** Determinar variables asociadas a mortalidad, analizar la utilización de indicadores de gravedad, cuantificar errores de manejo. **Material y Métodos:** Estudio prospectivo, observacional, longitudinal de 71 pacientes ingresados en Guardia Externa, muestreo consecutivo. Se utilizó estadística descriptiva, inferencial y análisis multivariado. Se analizaron como indicadores: CRAMP (circulación-respiración-abdomen- motor-palabra), TS (Trauma score), TRS (Trauma score revisado), ISS (índice de severidad lesional), Ps (probabilidad de supervivencia) y DO (disfunciones orgánicas). **Resultados:** Varones: 84%. Edad: 28 años. Estadía: 5.5 días. Mortalidad: 15%, varones 17% vs. mujeres 9%, pNS; edad mediana vivos (V) vs. fallecidos (F): 26 vs 40, pNS. Indicadores: CRAMP:  $9 \pm 1$  (V:  $9 \pm 1$ , F:  $6 \pm 2$ ; p 0.0001). TS:  $15 \pm 1$  (V:  $16 \pm 0$ , F:  $10 \pm 2$ ; p 0.0001). TRS:  $12 \pm 0$  (V:  $12 \pm 0$ , F:  $9 \pm 2$ ; p 0.0001). ISS:  $13 \pm 7$  (V:  $10 \pm 6$ , F:  $25 \pm 4$ ; p 0.0000). Ps:  $99 \pm 0$  (V:  $99 \pm 0$ , F:  $75 \pm 23$ ; p 0.0000). Apache II:  $5 \pm 4$  (V:  $3 \pm 3$ , F:  $20 \pm 9$ ; p 0.0000). Análisis Multivariado: DO (p 0.0056; OR 2.27, IC 95: 1.27- 4.05), ISS (p 0.0211; OR 1.19, IC 95: 1.03- 1.38). Fallecidos: con shock vs sin shock: 35 vs 9% (p 0.019); con sepsis vs sin sepsis: 30 vs 12% (pNS); con insuficiencia respiratoria vs sin insuficiencia respiratoria: 66 vs 8% (p 0.0002). Errores/Casos: manejo cervical: 72/43; shock: 25/17; normas ATLS (Advanced Trauma Life Support): 32/71; infectológicos 19/71. **Conclusiones:** Mortalidad 15% no asociada a sexo ni edad. En el análisis multivariado, los predictores solamente son: ISS (al ingreso) y DO (en la evolución). El shock y la insuficiencia respiratoria se asociaron a mayor mortalidad. Hay un apreciable porcentaje de errores de manejo en la recepción.

**69. Descripción de una población de pacientes epilépticos.** Ibarra Viviana, Hryb Javier, Sposato Luciano, Ferreiro Jorge Luis

*Hospital de Clínicas "José de San Martín". UBA. Ciudad de Buenos Aires. Argentina.*

**Objetivo:** describir las características de los pacientes con diagnóstico de epilepsia que consultan en el Servicio de Neurología del Hospital de Clínicas "José de San Martín". **Materiales y Métodos:** Se analizaron las historias clínicas de todos los pacientes que consultaron por convulsiones entre el 01/01/2000 y el 31/12/2001, con el fin de determinar: edad, sexo, tipo de crisis, electroencefalograma intercrítico patológico, neuroimágenes patológicas, etiología (primaria vs. secundaria) y tratamiento instituido. Los datos obtenidos se expresaron en valores porcentuales. **Resultados:** se analizaron los datos de 61 pacientes (sexo masculino=53.85%), con edades comprendidas entre 20 y 78 años (media=41.7). El 54.55% fueron epilepsias secundarias siendo las más frecuentes las de origen vascular (33.33%) y las postraumáticas (22%). La TAC y la RMN fueron patológicas en el 48.28% y 51.85% de los pacientes, respectivamente. El EEG evidenció foco epileptógeno en el 57.89% de los casos. Los tipos de crisis fueron: tónico-clónica generalizada (64%), parciales complejas (16%), parcial simple secundariamente generalizada (12%) y otras (8%). El 59.57% de los pacientes recibió monoterapia, siendo las drogas más utilizadas la difenilhidantoína (41.18%), la carbamazepina (29.41%), el Ácido Valproico (17.65%) y otras (11.76%). En el 89.80% de los casos el diagnóstico de epilepsia fue realizado previo a la consulta en nuestro servicio. **Conclusiones:** Las crisis fueron secundarias en aproximadamente la mitad de los pacientes que consultaron en nuestro servicio. El tipo de crisis más frecuente fue la tónico-clónica generalizada y la droga más utilizada fue la difenilhidantoína.

**70. Frecuencia de factores de riesgo en una población de pacientes con ACV isquémico y hemorrágico.** Sposato L.A., Nesa R., Rosa R.R., Ojuj G.E., Khoury M., Ferreiro J.L.

*Hospital de Clínicas "José de San Martín". UBA. Ciudad de Buenos Aires. Argentina.*

**Objetivos:** estimar la frecuencia de factores de riesgo (FDR) para accidentes cerebrovasculares (ACV) isquémicos (ACVI) y hemorrágicos (ACVH) en pacientes internados con dichos diagnósticos. **Materiales y Métodos:** se evaluaron prospectivamente todos los pacientes admitidos consecutivamente en el Hospital de Clínicas con diagnóstico de ACVI y ACVH entre el 01/09/00 y el 01/12/00. Se determinó la presencia de 7 FDR identificadas como los más frecuentes en un estudio retrospectivo (1998-1999). Los datos se expresaron como porcentajes y se calcularon intervalos de confianza para el 95% (IC95%). **Resultados:** se analizaron los datos de 78 pacientes (ACVI=75%, sexo masculino=51% y media de edad=77 años). En la tabla se expresa la frecuencia de cada FDR para cada tipo de ACV con los respectivos IC95%.

FDR	ACVI = ACVH	ACVI	ACVH
ACV previo	24.4% (14.86-33.93)	9.1% (01.76-16.44)	29.9% (09.31-50.49)
Hipertensión arterial	75.6% (66.06-85.13)	68.2% (56.32-80.08)	77.2% (58.34-96.06)
Diabetes	25.6% (15.91-35.28)	18.2% (08.35-28.05)	26.1% (06.35-45.85)
Tabaquismo	33.3% (22.84-43.75)	45.5% (32.79-58.21)	28.1% (07.89-48.31)
Obesidad	35.9% (25.25-46.54)	13.6% (04.85-22.35)	45.6% (23.20-68.00)
Fibrilación auricular	23.1% (13.75-32.45)	23.0% (12.26-33.74)	25.0% (05.53-44.47)
Enfermedad coronaria	46.1% (35.04-57.16)	49.1% (36.34-61.86)	36.4% (14.76-58.04)

**Conclusiones:** la hipertensión fue el FDR de mayor frecuencia en la población estudiada, tanto para el ACVH como para el ACVI. Además, aproximadamente la mitad de los pacientes con ACVI eran tabaquistas y padecían enfermedad coronaria. Consideramos que la prevención primaria y secundaria deberían enfocarse principalmente al control de éstos 3 FDR.

**71. Metástasis intracraneales: estudio retrospectivo sobre 77 casos.** Jalón Pablo, González Abbati Santiago, Holguín Jorge, Rica Carlos, Campero Álvaro, Ottino Carlos, Basso Armando

*Instituto de Neurociencias Aplicadas. Hospital de Clínicas "José de San Martín". UBA. Ciudad de Buenos Aires. Argentina.*

Los tumores metastásicos representan entre un 15 y un 30 % de todas las neoplasias intracraneales, con un rango que va desde 5 a 15 % en series clínicas y de 14 a 63 % en series de autopsias. Se ha visto un incremento en la frecuencia de metástasis intracraneales en relación con los tumores primarios del sistema nervioso central en los últimos años. Las metástasis intracraneales pueden ocurrir en cualquier momento durante el curso de la enfermedad primaria. **Objetivo:** realizar un análisis temporal entre el diagnóstico de metástasis intracraneal y la enfermedad primaria que le dio origen. **Materiales y Métodos:** fueron estudiados 77 pacientes con diagnóstico de metástasis intracraneales tratados entre 1980 y 2001 en el Hospital de Clínicas "José de San Martín". En todos los casos el diagnóstico fue confirmado por anatomía patológica. **Resultados:** de los 77 pacientes, 43 (55.8 %) presentaron metástasis intracraneales metacrónicas (aquellas que ocurren después de los dos meses del diagnóstico de la enfermedad primaria) y 34 (44.2 %) presentaron metástasis intracraneales sincrónicas (aquellas que ocurren dentro de los dos meses del diagnóstico de la enfermedad primaria). Con respecto al origen de las metástasis intracraneales de nuestro estudio, 24 (31.16 %) fueron de pulmón, 11 (14.28 %) de mama, 10 (12.98 %) de tracto gastrointestinal, 7 (9.09 %) de riñón y vía urinaria, 7 (9.09 %) oculto, 6 (7.79 %) de piel, 3 (3.89 %) de aparato genital masculino, 3 (3.89 %) de aparato genital femenino y 6 (7.79 %) otros. **Conclusiones:** el conocimiento de la historia natural de las metástasis intracraneales es de gran ayuda para decidir la conducta a seguir en el tratamiento de toda enfermedad maligna. En nuestro estudio observamos la mayor frecuencia de metástasis metacrónicas.

**72. Valor del test de dobutamina con control electrocardiográfico para predecir los resultados de la ergometría. Comparación entre ambos sexos en pacientes con infarto agudo de miocardio.** Rodríguez Gabriela, Swieszkowski Sandra, Brito Viviana, Pérez de la Hoz Ricardo, Lakowsky Alejandro, Sampó Eduardo, Martínez Martínez José Andrés

*División Unidad Coronaria. Hospital de Clínicas "José de San Martín". UBA. Ciudad de Buenos Aires. Argentina.*

**Objetivos:** Determinar la sensibilidad (S), especificidad (E), valor predictivo positivo (VPP) y negativo (VPN) del test de dobutamina con control electrocardiográfico (TDE) para predecir los resultados de la ergometría (PEG) en la valoración de isquemia residual entre hombres (h) y mujeres (m) post-IAM. **Materiales y Métodos:** Incluimos consecutivamente 150 h y 45 m (edad promedio: 58.6±11.7 y 64±10.1 años respectivamente, p=0.005) ingresados con IAM. El TDE (dosis crecientes de dobutamina hasta 40 gammas/kg/min), se realizó al 5° día y la PEG al 6° día. Comparamos las variables hemodinámicas de ambos test entre h y m mediante test de t. Para analizar diferencias en S, E, VPP y VPN utilizamos test de chi<sup>2</sup>. **Resultados:** Hallamos diferencia significativa en la tensión arterial sistólica basal en la PEG entre h y m; la tensión arterial sistólica máxima en m fue mayor en la PEG que en el TDE. No hubo diferencias significativas en la frecuencia cardiaca ni el doble producto basal y máximo entre ambos métodos en h y m. La S del TDE en h y m fue: 90.24 (IC95%:75.9-96.8) y 90.9 (IC95%:57.1-99.5) p=0.88, la E de: 78.57 (IC95% 69.6-85.5) y 62.85 (IC95% 44.9-78) p= 0.05, el VPP: 60.65 (IC95% 47.3-72.6) y 43.47 (IC95% 23.8-65.1) p= 0.06 y VPN:95.65 (IC95%: 88.6-98.5) y 95.65 (IC95%: 76-99.7) p= 0.67, respectivamente. **Conclusión:** El TDE predijo resultados de la PEG con mayor E en hombres y similar S, VPP y VPN en ambos sexos.

**73. Valor de la inversión precoz de la onda T como predictor clínico de reperfusión luego del uso de trombolíticos en el infarto agudo de miocardio.** Lakowsky Alejandro, Swieszkowski Sandra, Rodríguez Gabriela, Brito Viviana, Pérez de la Hoz Ricardo, Sampó Eduardo, Martínez Martínez José

*División Unidad Coronaria. Hospital de Clínicas "José de San Martín". UBA. Ciudad de Buenos Aires. Argentina.*

El síndrome clínico de reperfusión (SCR) es un método útil y validado para la identificación no invasiva de la recanalización de la arteria responsable luego de la trombolisis en el infarto agudo de miocardio (IAM). La inversión precoz de la onda T (IPT), ha sido descripta como un predictor de arteria abierta, así como de adecuada reperfusión tisular. **Objetivo:** Comparar el SCR y la IPT en una población de pacientes (P) con IAM, y su relación con eventos clínicos hospitalarios. **Métodos:** Se estudiaron 113 P consecutivos con IAM trombolizados. Se consideró IPT al hallazgo de una onda T invertida, monofásica, <sup>3</sup> 0,2 mV en al menos dos derivaciones contiguas relacionadas al IAM dentro de las 24 hs de la trombolisis. Se determinó el SCR de acuerdo a los criterios establecidos. Se estudió un índice de eventos hospitalarios (IE), que reunió la presencia de muerte (M), angor posinfarto (A), reinfarto (RE), insuficiencia cardíaca (IC) o necesidad de revascularización (RV), y a cada uno de estos elementos por separado. El análisis se realizó con test de T, chi cuadrado, y test exacto de Fisher en los casos necesarios, considerándose significativo un valor de p = 0,05. **Resultados:**

	TOTAL n= 113	IPT(+)/ SCR(+) Grupo 1; n= 50	IPT(+)/ SCR(-) Grupo 2; n= 10	IPT(-)/ SCR(+) Grupo 3; n= 25	IPT(-)/ SCR(-) Grupo 4; n= 28
IE	51 (45,1%)	14 (28%)	5 (50%)	12 (48%)	20 (71,4%)
M	7 (6,2%)	0	1 (10%)	0	6 (21,4%)
A	24 (21,2%)	6 (12%)	3 (30%)	5 (20%)	10 (35,7%)
RE	6 (5,3%)	1 (2%)	0	2 (8%)	3 (10,7%)
IC	17 (15%)	6 (12%)	0	3 (12%)	8 (28,6%)
RV	29 (25,7%)	8 (16%)	3 (30%)	7 (28%)	11 (39,3%)

La edad media de los 113 P fue de 60,8 ± 13,4 años; el 81% eran masculinos. Se observó menor incidencia de IE en los P con SCR (+) que con SCR (-) (34,7% vs 65,8%; OR 0,28; IC 95% 0,11-0,68; p= 0,0017), y en los P con IPT (+) que en aquellos con IPT (-) (31,7% vs 60,4%; OR 0,30; IC 95% 0,13-0,71; p= 0,002). Los P del grupo 1 tuvieron una tendencia hacia menor número de eventos que los del grupo 3, ambos con SCR (+) (28% vs 48%; OR 0,42; IC 95% 0,14-1,28; p= 0,088). **Conclusiones:** La IPT es un método clínico útil para identificar pacientes de menor riesgo de eventos intrahospitalarios luego de la trombolisis, y podría aportar información pronóstica adicional al SCR.

**74. Is the age an independent prognostic factor in acute myocardial infarction evolution in women?.** Swieszkowski Sandra, Pérez de la Hoz Ricardo, Lakowsky Alejandro, Brito Viviana, Rodríguez Gabriela, Sampó Eduardo, Martínez Martínez José Andrés

*División Unidad Coronaria. Hospital de Clínicas "José de San Martín". UBA. Ciudad de Buenos Aires. Argentina.*

**Objective:** This study sought to examine if the age is an independent predictor in Acute Myocardial Infarction (AMI) evolution in W. **Methods:** This study was retrospective and included 1066 patients from GEMICA trial P. From 33 variables that were analysed including previous cardiovascular (CV) disease, coronary risk factors (CRF), characteristics of presentation of AMI, need to revascularization (RV), severe ventricular arrhythmia (SVA), AMI complications and CV death (D) it was selected those that resulted with significant differences from compare both sexes each other. It was used a combined events index (CEI) that included post angina AMI, reAMI, heart failure (HF), need of RV, SVA and CVD. To evaluate the influence of age it was used an univariate analysis with Mantel Haenszel (Mt.Hz) method, dividing the P in 4 groups according to sex and age : ≤ or > 60 year old (yr). **Results:**

Variable	≤ 60 a F=58 M=487		>60 a F=177 M=344		Mantel Haenszel
	p	OR (IC 95%)	p	OR (IC 95%)	
Ex tabaquista	0.51	0.79 (0.4-1.4)	0.0001	0.1 (0.06-0.2)	0.0001 - 0.2 (0.1-0.3)
Tabaquista	0.04	0.57 (0.3-1.0)	0.0001	0.28 (0.1-0.4)	0.0001 - 0.3 (0.2-0.5)
Diabetes I	0.2	8.5 (0.0-317)	0.11	2.7 (0.7-10)	0.05 - 3.1 (0.9-11)
Diabetes II	0.5	1.3 (0.8-2.0)	0.24	1.3 (0.8-2.0)	0.22 - 1.3 (0.8-1.9)
IC previa	0.07	3.7 (0.7-16)	0.01	2.3 (1.0-5.0)	0.006 - 2.5 (1.2-5.1)
IEC	0.0002	2.9 (1.5-5.5)	0.31	1.2 (0.81-1.8)	0.009 - 1.5 (1.1-2.2)
Muerte CV	0.0002	4.9 (2.1-11)	0.07	0.6 (0.4-1.0)	0.98 - 0.9 (0.6-1.4)

Ref.: F:Female, M:Male.

**Conclusions:** In our Feminine P mortality was higher and independent (I) from age. The CEI was dependent (D) on age having W >60 yr poor prognosis. W were more often diabetic and men were more often smokers and these CRF were I from age. Previous HF was higher in W and D on age, being more frequent in W>60 yr.

**75. Infarto no Q post trombolisis. Variabilidad de los resultados en función de los distintos criterios de selección de pacientes.** Taddey W., Salvati A., Gant L. J., Charask A., Doval H., Tessler J., Díaz R., Paolasso E., Díaz R., Van der Werf F., Tajer C.

*GEDIC-ECLA, Argentina.*

En los grandes estudios internacionales, la implicancia pronóstica de la ausencia de ondas Q (IAM NO Q) post trombolisis es controvertida. **Objetivo:** Evaluar la implicancia del IAM no Q con los diversos criterios de inclusión y clasificación sobre los resultados. **Métodos:** Se analizó la base de datos del International tPA/SK Trial (GISSI II) de acuerdo a los criterios originales y se comparó con una nuevo análisis utilizando los criterios del estudio GUSTO I (Exclusión de factores confundidores: Infarto (IAM) previo, cualquier bloqueo de rama (BR) y definición de IAM No Q por ninguna onda Q al alta). **Resultados:**

	GISSI			GUSTO		
	Q (%)	No Q (%)	P	Q (%)	No Q (%)	P
Prevalencia	78,6	21,4		82,8	17,2	
Angina Previa	43.4	51.2	0.0001	38.9	41.5	NS
IAM Previo	17.3	19.8	0.015	0	0	NS
Tabaquismo	45.4	47.4	NS	49.1	54.4	0.009
Re IAM 6 meses	3.7	6.3	0.0001	3.3	4.9	0.01
Predictores de Reinfarto a 6 meses	GISSI			GUSTO		
	No (%)	Sí (%)	P	No (%)	Sí (%)	P
Reinfarto						
Killip A ingreso	84.5	79.6	0.001	86.6	83	0.2
DBT	9.7	14.7	0.01	8.6	11.4	0.6
Tabaquismo	46.1	38.4	0.05	50.1	46	0.38

**Conclusiones:** La falta de uniformidad en los criterios de inclusión de p y definición del IAM NO Q, podrían explicar la disparidad de resultados en el análisis de los megaestudios.

#### 76. Implicancias de la presencia asociada de depresión del segmento ST al ingreso en pacientes tratados con trombolíticos por elevación del ST. Taddey W., Salvati A., Gant L. J., Charask A., Doval H., Tessler J., Díaz R., Paolasso E., Van der Werf F., Tajer C.

*ECLA-GEDIC. Argentina.*

**Objetivo:** Evaluar la importancia pronóstica de la presencia asociada de infradesnivel del segmento ST (DST) al ingreso en pacientes (p) tratados con trombolíticos (TL) por infartos con elevación del segmento ST (EST). **Métodos:** Se analizaron los ECG de 8047 p del International tPA/SK Trial (GISSI II), que ingresaron con EST  $\geq 0.1$  mv en  $\geq 2$  derivaciones contiguas. Se excluyeron los p con bloqueos de rama, marcapasos y ECG de mala calidad. Se analizó la frecuencia y número de derivaciones con DST, su correlación con el desarrollo de ondas Q en derivaciones con EST al ingreso y la evolución clínica. **Resultados:** Se analizaron 7243p, y se encontró DST en 4721 p (65,2%). El DST se asoció a mayor incidencia de IAM tipo Q y mortalidad intrahospitalaria.

DST	IAM Q	IAM No Q	P	OR
No	1450(70.7%)	600(29.3%)	< 0.00001	0.58(0.51 - 0.65)
Sí	3485(80.9%)	830(19.2%)		
Vivos		Fallecidos	P	OR
No	2365(94.5%)	137(5.5%)	0.0005	1.43(1.16-1.76)
Sí	4346(92.4%)	360(7.6%)		

En el seguimiento a 6 meses no se observó > mortalidad ni reinfarto en los p con DST. **Conclusión:** El DST asociado es frecuente en las 1as 6 horas del IAM con elevación del ST, y se vincula a > evolución a IAM Q y muerte intrahospitalaria. La > mortalidad aguda y ausencia de predicción de reinfarto en el seguimiento, sugieren que en forma global el DST implica en esencia mayor extensión de la necrosis miocárdica.

#### 77. Valor de las alteraciones electrocardiográficas en pacientes con angina inestable como indicador de lesiones coronarias. Mieres Juan, Rodríguez Gabriela, Swieszkowski Sandra, Brito Viviana, Pérez de la Hoz Ricardo, Lakowsky Alejandro, Sampó Eduardo, Martínez Martínez José Andrés

*División Unidad Coronaria. Hospital de Clínicas "José de San Martín". UBA. Ciudad de Buenos Aires. Argentina.*

**Objetivos:** 1) Determinar y comparar la presencia de cambios electrocardiográficos (ECG) en pacientes (P) que ingresan con diagnóstico de angina inestable (AI) con y sin lesiones coronarias angiográficamente significativas (LCAS). 2) Establecer la sensibilidad (S), especificidad (E), valor predictivo positivo (VPP) y negativo (VPN) de los cambios ECG para predecir la presencia de LCAS. **Material y Métodos:** Incluímos en forma consecutiva 134

P que ingresaron con diagnóstico de AI y fueron sometidos a cinecoronariografía. Los dividimos en: **Grupo I:** 49 P sin LCAS, 28 hombres (edad promedio: 62.82±9.42 años) y 21 mujeres (edad promedio: 63.8±10.23 años) y **Grupo II:** 85 P con LCAS, 66 hombres (edad promedio: 65.09±9.07 años) y 19 mujeres (edad promedio: 65.31±9.14 años). Consideramos LCAS al compromiso de la luz del vaso  $\geq 70$  % en arterias epicárdicas mayores. Analizamos en el ECG: infradesnivel del segmento ST y cambios en la onda T. Se determinó la S, E, VPP y VPN de los cambios ECG para el diagnóstico de LCAS. Se compararon además el modo de presentación de la angina y los factores de riesgo coronario (FRC). Para el análisis de los grupos se utilizó el test de Chi<sup>2</sup>. **Resultados:** No hallamos diferencias significativas en edad, forma de presentación de la angina y FRC. Encontramos diferencias significativas en la presencia de infradesnivel del segmento ST (p= 0.02), cambios en la onda T (p= 0.02) e IAM previo (p = 0.007) entre ambos grupos. Con respecto a los cambios del ST y de la onda T observamos una S : 76.74 % (IC95%: 66.1-84.9), E: 60.4% (IC95%: 45.2-73.8), VPP: 77.64% (IC95%: 67.06-85.7) y VPN: 59.18 (IC95%: 44.2-72.7) para diagnosticar LCAS. **Conclusiones:** Los cambios ECG se presentaron con frecuencia significativamente mayor en pacientes con LCAS. Las alteraciones ECG se asociaron con alta S y VPP a la presencia de LCAS.

#### 78. Comparison of dobutamine electrocardiographic stress test and exercise test in men and women with unstable angina. Guthmann Gabriela, Swieszkowski Sandra, Pérez de la Hoz Ricardo, Lakowsky Alejandro, Brito Viviana, Rodríguez Gabriela, Sampó Eduardo, Martínez Martínez José Andrés

*División Unidad Coronaria. Hospital de Clínicas "José de San Martín". UBA. Ciudad de Buenos Aires. Argentina.*

**Objectives:** To determine if the performance of the dobutamine electrocardiographic stress test (DES) for predicting the outcomes of the exercise stress test (EST) as an indicator of ischemia is similar between men (m) and women (w) with unstable angina (UA). **Materials and Methods:** It were consecutively included 50 w and 90 m with UA. The average age was 64.93 ± 10.09 years and 63.25 ± 9.37 years respectively (p = ns). An EST limited by symptoms and a DES were performed before discharge. The DES consisted in increasing dobutamine dose up to 40g/kg/min, recording the hemodynamic variables and the ECG changes in every stage. It was considered positive the presence of typical angina pain and/or ST segment depression > 1mm in at least two leads. **Statistical analysis:** Student's T test was used to compare the means of continuous hemodynamic variables. To compare sensitivity (S), specificity (E), positive predictive value (PPV) and negative predictive value (NPV) of both methods between m and w, chi square was used. **Results:** Significant differences were found in the stress test between m and w, as well as in the base heart rate and double product of the dobutamine test. Moreover, significant differences were found in the maximal systolic blood pressure between the stress test and dobutamine test in men. The other hemodynamic variables did not show significant differences. The sensitivity of the dobutamine test in m and w was: 87,5% (CI 95%:70-95.9) and 84.61% (CI 95%:53.6-97.3) p:0.84; the specificity was: 76,36% (CI 95%: 62.6-86.3) and 72.72% (CI 95%:54.2-86) p:0,8; PPV was: 68,29% (CI 95%:51.7-81.4) and 55% (CI 95%:32-76.2) p:0,18 and NPV:91.3% (CI 95%:78.3-97.2) and 92.3% (CI 95%: 73.4-98.6) p:0,89, respectively. **Conclusion:** Our results suggest that the pharmacological stress test with ECG control, has a similar effectiveness respect exercise stress test for predicting ischemia in patients with unstable angina.

#### 79. Homocisteína y polimorfismo de la metil tetra hidro folato reductasa (MTHFR) en pacientes con trombosis arterial. Scazziota Alejandra, Pons Silvina, Grinspon Alicia, Fernández Cristina, Raimondi Rosana

*Lab. de Hemostasia, Dpto. de Bioquímica Clínica, Fac. de Farmacia y Bioquímica. Hospital de Clínicas "José de San Martín". UBA. Ciudad de Buenos Aires. Argentina.*

La identificación de polimorfismos como posibles factores de riesgo puede tener relevancia en la prevención y diagnóstico de enfermedades trombóticas, pero deben interpretarse con precaución. Si bien el aumento de homocisteína es considerado un factor de riesgo para Trombosis Arterial, la presencia de una mutación en una de las enzimas que participa en su metabolismo, la MTHFR, puede ser un factor de riesgo o sólo una manifestación de la diversidad genética de la población. **Objetivo:** Estimar la prevalencia de la variante termolábil de la MTHFR en sujetos normales y en pacientes con Trombosis Arterial y determinar el impacto de la mutación sobre los niveles de homocisteína sérica. **Materiales y métodos:** Se estudiaron 215 sujetos sanos (52±14 años) y 107 pacientes (66±9 años) con enfermedad coronaria arterial (ECA). Se empleó el método de PCR y análisis de restricción para identificar la mutación de la MTHFR. La homocisteína sérica se determinó por la técnica de enzimoimmunoensayo. **Resultados:** Los niveles de homocisteína fueron mayores en los pacientes con ECA comparado con los normales (18.5±12.6 vs 8.5±3.1 µM; p<0.001). La prevalencia entre los pacientes con ECA comparados con los controles para la mutación homocigota de la MTHFR fue 26.1 vs 12.6%; p=0.025. En los pacientes no hubo correlación entre la mutación de la enzima y los niveles de homocisteína como se muestra en la Tabla:

MTHFR	homocigota	heterocigota	sin mutación	p
Edad (años)	66.2 ± 8.7	67.2 ± 9.0	63.6 ± 9.7	NS
Homocisteína (µM)	16.2 ± 8.0	15.0 ± 8.2	15.1 ± 6.0	NS
Frecuencia (%)	26.1	39.7	34.2	

**Conclusiones:** Los pacientes con ECA presentan una mayor prevalencia de la mutación homocigota de la MTHFR pero la mutación no correlaciona con los niveles séricos de homocisteína. Por lo tanto la sola presencia del polimorfismo no sería un factor de riesgo independiente para Trombosis Arterial.

#### 80. Una investigación sobre el conocimiento de las medidas de prevención del Sida en 3 colegios secundarios de la Ciudad de Buenos Aires. Albornoz Mercedes, Lobo Alejandra, Lew Claudia, Chile Mónica, Valdez Pascual

Hospital Vélez Sarsfield. GCBA. Buenos Aires. Argentina.

**Objetivos:** Cuantificar el conocimiento de los adolescentes acerca de las medidas preventivas del SIDA, y el cumplimiento de las mismas. **Material y Métodos:** Alumnos de 4° y 5° año de 3 escuelas del área programática. Sobre una matrícula total de 742 alumnos se encuestaron 636 (86%). El estudio consistió en una encuesta anónima individual con preguntas cerradas, abiertas y de opción múltiple. **Resultados:** Sexo: 45% varones, edad 17 ± 1 años. Inicio de relaciones sexuales: 52%. No uso de preservativo: 12%. Edad de inicio: 15,5 ± 0,5 años. Relaciones actuales: 65% (no usando preservativo el 22%). Mención de 3 marcas de preservativos, precio y unidades: 25% del total. Recibió información preventiva: 95%, cantidad de fuentes es 4,41 ± 0,07. El 21% se olvida de usar preservativo, no usa nunca o desearía usarlo pero no lo hace. Variables predictoras del uso del preservativo en regresión logística: presencia de información preventiva (p=0,0128), número de fuentes de información (p=0,0351), información de los padres (p=0,0207), capacidad de enumeración de medidas preventivas (p=0,0329), considerar al preservativo como método muy seguro (p=0,0109). **Conclusiones:** El 78% relata usar preservativo en sus relaciones actuales, pero podría haber un sobre registro con cifras reales entre 26% y 68%. Las variables predictoras del uso del preservativo fueron: presencia de información preventiva, número de fuentes de información, información de los padres, capacidad de enumeración de medidas preventivas, considerar al preservativo como método muy seguro.

#### 81. Infecciones tempranas en el trasplante autólogo de médula ósea. Christín Martín, Hojman Martín, Tosello Claudia, Cima Javier, Lattes Roberta, Gutiérrez Jorge, Longoni Héctor, Lasala María Beatriz

División de Infectología y de Trasplante de Médula Ósea. Hospital de Clínicas "José de San Martín". UBA. Ciudad de Buenos Aires. Argentina.

**Objetivo:** Conocer la incidencia de infecciones precoces en los pacientes trasplantados de médula ósea en nuestro hospital. **Material y Métodos:** Se revisaron las historias clínicas de los pacientes sometidos a trasplante autólogo de médula ósea (TAMO) entre 05/98 y 08/01. Se definió infección (I) la presencia de fiebre con foco clínico o cultivos positivos. Se analizaron datos demográficos, enfermedad de base e infecciones: tiempo desde la recolección de células progenitoras y desde la quimioterapia (QMT) de acondicionamiento, localización de la misma, agente causal, la duración del episodio febril y de la neutropenia y evolución. Todos los p recibieron G- CSFs, y profilaxis con acyclovir. Ninguno recibió profilaxis con fluconazol. Los p recibieron tratamiento empírico anti Gram-. Los datos fueron procesados con Epi Info 6.0, CDC, Atlanta, USA. **Resultados:** Se realizaron 44 TAMO. Edad promedio: 44 años (16 – 61), sexo masculino (26) 59 %. Enfermedad de base: Mieloma múltiple 12, Linfoma no Hodgkin 10, Linfoma de Hodgkin 6, Ca mama 5, Ca testicular 2, LMA 2, Ca pulmón 1, Amiloidosis tria 1, Meduloblastoma 1. Se observaron 47 episodios de I en 39 p (88,7% de los pacientes trasplantados). Los TAMO fueron realizados 28 días (4-99) después de la recolección de células progenitoras y 5 días antes de la QMT de acondicionamiento. La media del recuento de neutrófilos fue 376 (0-3600, mediana 100). La duración media de la fiebre fue 7 días (1-24) y de la neutropenia 10 días (2-40). De los 47 episodios, 8 (17%) tuvieron foco clínico sin documentación bacteriológica (4 abdominales, 2 abscesos perianales, 1 abdominal y catéter y 1 cutáneo) y 24/47 (51%) tuvieron documentación bacteriológica (14 asociadas a catéteres, 2 abdominal, pulmonar y urinario, 2 urinario, 2 catéter y urinario, 1 bacteriemias primarias no relacionadas a catéter, 1 pulmonar. En infecciones asociadas a catéter se aislaron *S. epidermidis* 6, *E. coli* 3, *K. pneumoniae* 2, *S. aureus* 2 y *S. viridans* 1 y *Candida* 1. En 4 p se aislaron 2 gérmenes simultáneamente. El rescate total de gérmenes fue: *E. coli* 8, *S. epidermidis* 6, *K. pneumoniae* 5, *S. aureus*, *Candida* y *Aspergillus* 2, *S. viridans*, *E. cloacae* y *C. difficile* 1. No hubo diferencias en la incidencia de I según edad, sexo, enfermedad de base y tipo de QMT de acondicionamiento. La mortalidad causada por I fue de 5,1%. **Conclusiones:** Las infecciones microbiológicamente documentadas más comunes fueron las asociadas a catéter. Estrategias para la prevención de estas y la elección de la terapia antibiótica empírica inicial deben ser reevaluadas. Dada la baja incidencia de I por *Candida*, la profilaxis con fluconazol momentáneamente podría no ser mandatoria en este centro.

#### 82. Suspensión de la terapia con Nevirapina por efectos adversos severos (EAS). Bogdanowicz Elizabeth, Stecher Daniel, Lattes Roberta, Foccoli Mónica, Marín Omar, Lasala María Beatriz

**Introducción:** La nevirapina (NVP) es un potente inhibidor no nucleósido de la transcriptasa reversa del VIH1 que se relaciona con la producción de rash cutáneo, hepatotoxicidad,

Pac N°	1	2	3	4	5	6
Diag. de HIV	1991	1992	1995	1998	1998	1998
Estadio inicial / tto NVP	A1/ A3	A2/A2	C3/ C3	A1/A1	A1/A2	A2/A2
Status para HBV	HBc+	HBs Ag+	-	HBc+	-	-
Status para HCV	+	-	-	-	-	-
TGO/TGP al iniciode NVP	x2	x3	N	N	N	N
Tiempo NVP hasta Tox.	10 días	11 días	29 días	163 días	7 días	24 días
Rash, Síndrome DRESS	10 días	11 días	29 días	163 días	7 días	24 días
Rash, fiebre	-	Sí	Sí	asint	Rash,	Hepatitis
					fiebre,	clínica
					cefaleas	-
Plaquetas	-	5000	-	-	115.000	-
TGP/TGO	-	x10	x12	x10/x5	-	x10/x8
FAL/Bi T y D	-	-	-	-	-	x3/x6/x3
% de eosinófilos	-	-	37/	-	9/	-
Rec leucocitos	-	-	13600	2000	4300	-
Coagulopatía	-	Sí	Sí	-	-	Sí
Remisión en días	14	10	55	54	30	17

plaquetopenia y síndrome DRESS (drug rash with eosinophilia and systemic symptoms). **Objetivos:** Incidencia de EAS con el uso de NVP en pacientes (P) con infección por VIH1. **Materiales y Métodos:** Caracterización de los P. Análisis retrospectivo de la toxicidad(T) por NVP y evolución clínica. Período: 01/1997-04/2002. **Resultados:** P con NVP: 53. EAS con interrupción del tratamiento(Tto) en 6 P(11,3%). **Conclusiones:** La toxicidad por NVP es frecuente, grave y reversible con la suspensión del Tto. No puede formularse una conclusión sobre la implicancia de la coinfección B y C. La toxicidad severa determina la contraindicación de su uso posterior.

### 83. La internación de la enfermedad vih-sida en la era de los tratamientos de alta eficacia. Tosello Claudia, Hojman Martín, Nadal Paula, Lattes Roberta, Lasala María Beatriz

*División Infectología. Hospital de Clínicas "José de San Martín". UBA. Ciudad de Buenos Aires. Argentina.*

**Objetivo:** Caracterizar los pacientes(p) VIH+ que se internaron en el hospital y evaluar las causas de mortalidad. **Material y Métodos:** Se analizaron las historias clínicas de los p VIH+ internados entre 6/00 a 4/02. Datos: edad, sexo, lugar de internación, tiempo desde el diagnóstico(Dx) del VIH, CD4 y carga viral(CV), estadio del VIH según CDC, tratamiento(TTO) antirretroviral(ARV), causas de internación relacionadas al VIH(ER) (estadio B y C y por efectos adversos de ARV) y no relacionadas(ENR), días de internación y mortalidad. **Resultados:** Hubo 67 internaciones de 45 p (1.5 episodios/p). Edad: x 36 años (1-70) y 68,7% hombres. Tiempo desde el Dx de VIH: 11 meses (0-180). En 5, realizado durante la internación, de los cuales 4 por ER. CD4 y CV: x 114 células/mm<sup>3</sup> (1-4216) y x 11.326 copias/ml (0 - >750.000) respectivamente. El 77,6% (52/67) estaban recibiendo ARV en diferentes combinaciones de alta eficacia. El 45,8% de los casos recibían su 1º esquema ARV y el 4,2% el 5º (x nº de esquemas: 2). Ingresos por ER 32 (47,7%): Compromiso SNC: 10 (meningitis C. *neoformans* 4, abscesos por *Nocardia* 2, LMP 2, TBC 1, meningoencefalitis sin diagnóstico etiológico 1); efectos adversos de ARV: 6 ( neuropatía periférica 2, acidosis láctica 1, hepatitis 1, anemia 1, convulsiones 1); gastrointestinal: 4 (esofagitis 2, pancreatitis por CMV 1, diarrea por *B. hominis* 1); respiratorio: 3 (PCP1, CMV 1, TBC 1); infección diseminada: 3 (histoplasmosis 2, MAC 1); hematológicas: 3 (TVP 2, PT 1); herpes cutáneo diseminado 1; retinitis por CMV 1, fiebre de origen desconocido 1. Ingresos por ENR: 30 (44,7%). Indeterminadas: 5 (7,4%). Recibían su 1º esquema ARV o no estaban medicados: el 46,8% (15/32) pacientes con ER vs. 16/30 (53,3%) con ENR. Presentaron RR significativo de mortalidad: internación por ER (RR 2,01 - 1,37<OR 2,95-, p= 0,02), infección diseminada (RR: 10,67 - 4,98<RR<22,85, p=0,001) y efectos adversos de ARV (RR: 5,08 - 1,119<RR<15,32, p= 0,02). No significativos: CD4 <100, CV >50.000, compromiso SNC, partes blandas, estadio VIH y tiempo de Dx del VIH <12 meses y no haber recibido TTO previo ARV. **Conclusiones:** En la era de la terapia antirretroviral de alta eficacia, surgen nuevas causas de internación y muerte relacionadas a los efectos adversos e interacciones de los ARV. La mitad de los pacientes ingresaron por ENR, por lo que cabría preguntarse si el grado de sospecha de VIH es suficiente en pacientes que se internan por patologías habituales. Un elevado porcentaje de los pacientes con el 1º TTO o sin Dx ingresaron por ER. Lo avanzado de la enfermedad por VIH al momento del diagnóstico y/o ingreso señala fallas en nuestro sistema de salud.

### 84. Experiencia de 6 años con Tc99m-ciprofloxacina (Infecton) en pacientes infectados. \*Soroa V. E., \*Cabrejas R., # Alonso C., #Fiorioli M., ^Solanki K., ^Britton K.

*\*Centro de Medicina Nuclear, #Div. Ortopedia, Hospital de Clínicas "José de San Martín". UBA. Ciudad de Buenos Aires. Argentina. CNEA, Buenos Aires, Argentina. ^Dpt. Nuc. Med St. Bart's, London, U.K.*

El objetivo de nuestro trabajo fue la evaluación del desempeño del centelleograma de 99mTc-ciprofloxacina (*Infecton*) en pa-

cientes con sospecha diagnóstica de infecciones y el impacto que tendrían los cintigramas de seguimiento en el manejo clínico del paciente. **Métodos:** En 341 pacientes (F 192, M 149) se efectuaron 439 centelleogramas de *Infecton* (99 seguimientos). El 45% bajo antibióticos (incluyendo la ciprofloxacina). Las patologías estudiadas fueron: 84% de osteomielitis, prótesis (caderas, rodillas, columna, hombro); 13% abscesos, artritis séptica, celulitis, pie diabético; 3% fiebre origen desconocido e injertos. **Protocolo de imágenes: Infecton e.v 444-518 MBq** registrando: Flujo, 1, 4, 24h planar o Spect. Estudios complementarios: laboratorio, imágenes anatómicas y otros scans (MDP, 99mTc-Leucocitos, 99mTc-Inmunoglobulinas Policlonales, y 67-Ga), biopsias y cultivos. **Resultados:** No se registraron reacciones adversas. Los antibióticos no invalidaron los resultados. La hiperfijación persistente a las 24h fue considerada infección. Los seguimientos se efectuaron a los 3-4 meses del previo, con 40% de disminución o ausencia de fijación anómala a las 24h. Los scans negativos, se consideraron curación, la positividad persistente infección y continuar con el tratamiento. 3% de Actividad intestinal temprana y 60% tardía, frecuentemente heces positivas, sin relación con gastroenteropatías. **Conclusiones:** En la serie estudiada predominó la patología osteomusculoarticular. La Especificidad mayor, del 80% fue del *Infecton*, con Sensibilidad del 95%. El scan de *Infecton* no requiere manipulación sanguínea, es seguro, independiente del recuento leucocitario del paciente, no hay que discontinuar la antibióticoterapia, detecta bacterias vivas específicamente y es útil en el seguimiento de las patologías infecciosas.

### 85. Evaluación de la infección urinaria en pacientes internados en una sala de Clínica Médica. Estadella Susana, Murúa Javier, Cavani Isabel, Miyazato Miriam, Pietrangelo Carmelo

*Hospital de Clínicas "José de San Martín". UBA. Ciudad de Buenos Aires. Argentina.*

**Introducción:** Definimos infección urinaria como el conjunto de manifestaciones clínicas que resulta de la multiplicación de microorganismos en el aparato urinario. **Objetivos:** Evaluar grupo etario, frecuencia de gérmenes, sintomatología presentada, causas predisponentes y terapéutica inicial en esta patología. **Material y Método:** Se estudiaron 30 pacientes varones internados en la sala 6 del piso 10 (VI Cátedra de Medicina) que presentaban infección urinaria caracterizada por: sintomatología, sedimento urinario patológico y urocultivo positivo. **Resultados:** La edad promedio fue de 71,7 años (entre 24 y 92 años). Los días de internación promedio fueron de 23 días. Los factores predisponentes fueron diabetes 20%, sonda vesical permanente 13,3% y talla vesical e insuficiencia renal 10%. Los datos clínicos fueron: fiebre 53%, síntomas urinarios bajos 40%, alteraciones del sensorio 30%, sin síntomas 20%, síntomas bajos asociados a fiebre 26,6%, síntomas bajos asociado a deterioro del sensorio 23%. El germen hallado con mayor frecuencia fue la *Pseudomonas aeruginosa* 33% y en segundo lugar la *Escherichia coli* 16,6%. Otros gérmenes hallados fueron *Stafilococcus aureus* 10%, *Candida* 10%. Otros fueron *Citrobacter freundii* y *Serratia*. Terapéutica inicial: imipenem (30%), ciprofloxacina (26,6%), ceftazidime (16,6%), vancomicina (16,6%), ceftriaxone (10%) y fluconazol (10%). **Conclusiones:** Se evidencia la atención de pacientes añosos, con factores predisponentes como la DBT y la sonda vesical permanente. A diferencia de los pacientes ambulatorios, en el paciente internado el germen más frecuentemente hallado fue la *Pseudomonas aeruginosa* (33%) tratada inicialmente con Imipenem evidenciando que la sospecha clínica fue correcta al cubrir un germen intrahospitalario. Llama la atención que un 20% de los pacientes no presentaban sintomatología alguna. Todos los pacientes evolucionaron en forma satisfactoria y se les otorgó el alta.

### 86. Composición corporal y catabolismo en pacientes con ACV isquémico vs. pacientes en el posoperatorio inmediato de cirugía de mediana complejidad. Sarquis S., Revich L., Sosa C., Pérez G., Figoni D., Basaluzzo J., Ntc. Witriw A., Biolng. Soler A.

*División Terapia Intensiva. Hospital de Clínicas "José de San Martín". UBA. Ciudad de Buenos Aires. Argentina.*

**Objetivo:** I-Comparar el catabolismo y la composición corporal en pacientes en las primeras 24 hs de posoperatorio de cirugía de mediana complejidad (Grupo A, n =10), respecto a pacientes cursando el cuarto día de ACV isquémico (Grupo B, n =9). **Diseño:** Observacional, transversal, prospectivo. **Material y Métodos:** Se estudió la pérdida de masa magra través del nitrógeno ureico urinario, la masa grasa se determinó aplicando la ecuación de Newburgh, modificada por Gilder

Grupos	Grasa (g)	T. Magro (g)	HdC (g)	PMM (g)	Calorías (kcal)	PIVA (ml)
Cirugía (n=10)	144±10	198±90	73±10	342±50	1784±270	570±200
ACV (N=9)	220±80	170±90	103±6	375±80	2562±784	347±208
P	0.008	0.5	0.0001	0.3	0.009	0.029

**Conclusiones:** Se constató que desde el punto de vista metabólico, la injuria quirúrgica difiere de la injuria neurológica aguda, en que esta última, presenta mayor catabolismo grasso.

### 87. Lactato arterial e Índice Cardíaco en pacientes críticos ventilados, con y sin neumonía.

Grinson S., Revich L., Barbieri D., Peralta M., Villegas C., Bioq. Pargament G., Francioni S.

*División Terapia Intensiva. Hospital de Clínicas "José de San Martín". UBA. Ciudad de Buenos Aires. Argentina.*

**Objetivo:** I-Comparar el lactato arterial y el índice cardíaco en pacientes ventilados por neumonía (Grupo A n =17), respecto a pacientes ventilados por otras causas (Grupo B n = 28). **Diseño:** Observacional, transversal, prospectivo. **Material y Métodos:** 45 pacientes consecutivos, no seleccionados. Edad x: 71 ± 15 años

	Láctico	IC	PAPm	Mortalidad	Disp	V
Con Neumonía n =17	2,1 ± 1,1	2,7 ± 0,8	26,6 ± 8,0	76	815 ± 278	266 ± 109
Sin Neumonía N =28	4,3 ± 4,1	3,6 ± 1,5	22,0 ± 5,9	75	952 ± 386	290 ± 122
p	0,01	0,02	0,05	ns	ns	ns

**Conclusiones:** Se constató en ambos grupos hiperlactacidemia, no vinculada a mecanismos hemodinámicos. Los pacientes ventilados por neumonía, presentaron lactato e índices cardíacos más bajos, y mayor presión media en la arteria pulmonar. Estos hallazgos pueden explicarse por la preeminencia de fenómenos inflamatorios locales ("compartimentalización" de la respuesta inflamatoria).

### 88. Disfunciones orgánicas en terapia intensiva: Uso de un nuevo score de gravedad para predecir mortalidad.

Fukuda Claudia, Heinz Liliana, Arenzo Julio, Santoro Miguel, Valdez Pascual

*Hospital Vélez Sarsfield. GCBA. Buenos Aires. Argentina.*

**Objetivos:** Detectar las disfunciones predictoras de mortalidad, buscar el mejor modelo matemático para estimar los pesos de las distintas disfunciones y confeccionar un score, comparar los resultados de la aplicación del nuevo score en relación a la cuantificación simple de las disfunciones. **Material y Métodos:** Diseño retrospectivo, observacional, longitudinal. Se estudiaron 699 pacientes de una muestra consecutiva ingresada a terapia intensiva en 2 años. Se registró la presencia de 8 disfunciones orgánicas (DO) durante la internación. Se obtuvieron pesos de las DO en regresión logística a partir del estadístico de Wald, del coeficiente beta y de los odds ratio, confeccionándose un score con la suma de los pesos. **Resultados:** Mediana DO= 1

± 1, F= 4 ± 1 vs V= 0 ± 0, p= 0,0000. Análisis multivariado con mortalidad como variable dependiente: DO cardiovascular (p=0,0000), DO respiratoria (p=0,0000), DO neurológica (p=0,0000), DO hepática (p=0,0024), DO renal (p=0,0487), DO digestiva (p=0,7710), DO metabólica (p=0,0429), DO hematológica (p=0,3026). Valores de DO por pesos obtenidos a partir del estadístico de Wald: neurológica= 2,7; respiratoria= 2,6; cardiovascular= 2,2; metabólica= 1,4; hepática= 1,3; renal= 1. Área ROC= 93,8% ± 1,25 (IC 95= 91,35- 96,26). Áreas ROC ± ES (score a partir del estadístico de Wald vs cuantificación de las DO)= 93,8% ± 1,25% vs 91,5% ± 1,47% (p= 0,0014). **Conclusiones:** Disfunciones de mayor peso: neurológica, respiratoria y cardiovascular. El score confeccionado a partir del estadístico de Wald presentó la mayor área ROC.

### 89. Prevención de la hemorragia digestiva en Terapia Intensiva. Efectos adversos de la protección convencional. Estudio multicéntrico.

Elisabe Daniel, Rodríguez Alejandro, Mardyks Mario, Vasta Leonardo, Valdez Pascual

*Hospital Vélez Sarsfield (Centro coordinador). GCBA. Bs As. Argentina.*

**Objetivos:** Relacionar la hemorragia digestiva (HDA) con el Score Apache II (Ap) y disfunciones orgánicas (DO), determinar los diagnósticos de riesgo (DR) de sangrado digestivo en pacientes críticos, cuantificar la neumonía intrahospitalaria (NIH) en los grupos con y sin profilaxis. **Material y Métodos:** Diseño prospectivo, cuasiexperimental, longitudinal. Se estudiaron 3438 pacientes en 16 centros, durante 2 años. La muestra fue consecutiva, se realizó asignación en 2 grupos; con profilaxis (sucralfato -S- o ranitidina -R-) y sin profilaxis (CP- SP). **Resultados:** Prevalencia HDA: 4,57%, Ap: 2,52% en niveles I-II, 11,74% en niveles III-IV (p < 0,001), menos de 4 DO vs 4 o más: 1,69% vs 18,5% (p < 0,001). Análisis multivariado para HDA como variable dependiente: trauma grave (p=0,0004), insuficiencia respiratoria sin ARM (p=0,0021), pancreatitis (p=0,0202), insuficiencia renal aguda (p=0,0220) y ayuno (p < 0,0001). HDA SP vs CP: 4,50% vs 4,64% (p=0,91). Mortalidad por HDA: 64,63%. RR 7,25 (IC 95% de 5,23; 10,05) respecto de la general (18,00%). NIH CP vs SP: 11,47% vs 8,68% (p=0,001). Mortalidad NIH vs no NIH: 57,18% vs 16,25% (p < 0,001). S vs R; HDA: 6,70% vs 3,51% (p=0,008); NIH 14,24% vs 10,04% (p=0,001). **Conclusiones:** Prevalencia de HDA: 4,75%, aumentó a medida que lo hacían Apachell, DO y DR. Por análisis multivariado la HDA se asoció a trauma grave, insuficiencia respiratoria (sin ARM), pancreatitis, insuficiencia renal aguda y ayuno. La profilaxis no redujo la prevalencia de HDA. La HDA se asoció a mayor mortalidad, pero no per se. La NIH fue mayor en el grupo profilaxis y se asoció a mayor mortalidad. La ranitidina se asoció a menor HDA y menor NIH que el sucralfato.

### 90. Valoración del conocimiento del dolor en el equipo de salud.

Enf Albornoz Mercedes, Fernández Graciela; Dr Valdez Pascual

*Hospital Vélez Sarsfield. GCBA. Buenos Aires. Argentina.*

**Objetivos:** Cuantificar conocimientos del personal de enfermería en relación a los aspectos relacionados con la sensación de dolor y con conceptos diagnósticos y terapéuticos de la práctica cotidiana, cuantificar observaciones de indicaciones médicas referidas al tratamiento. **Material y Métodos:** Diseño prospectivo, observacional, transversal, analítico. Se incluyeron 41 enfermeros asistenciales de un hospital público, de una muestra azarizada sobre un total de 117 enfermeros (35,04%). Se realizó una encuesta anónima individual con 20 preguntas (de opción múltiple, de respuesta cerrada y abierta). **Resultados:** Los aspectos que hacen a la definición global de dolor son desconocidos en el 57,07%. Las respuestas correctas globales fueron 28,53%. El 85,36% opina que el dolor es mal manejado en nuestro medio, y asumen como causa la falta de capacitación en el 57,14%. El Diclofenac y el Dextropropoxifeno+Dipirona son las prescripciones más comunes en el 78,04% de los casos. Cuatro errores comunes en la in-



dicación de analgesia han sido experimentados en el 46,34% de los casos. **Conclusiones:** La concepción del dolor como trastorno orgánico, psíquico, cultural, espiritual y cultural es desconocida por la mitad del personal. El conocimiento de aspectos diagnósticos y terapéuticos de la práctica diaria es escaso. Hay una fuerte opinión acerca de mal manejo del dolor en nuestro medio, asumiéndose como principal causa la falta de capacitación.

**91. Valoración clínica de la hemorragia digestiva alta (HDA) en Clínica Médica.** Cavani Isabel, Miyasato Miriam, Murua Javier, Estadella Susana, Pietrangelo Carmelo

*Hospital de Clínicas "José de San Martín". UBA. Ciudad de Buenos Aires. Argentina.*

**Objetivos:** Valorar en HDA: 1) factores de riesgo o comorbilidades, 2) etiologías. 3) repercusión hemodinámica al ingreso, 4) necesidad de reendoscopia.,5) tratamiento farmacológico y/o endoscópico 6) sobrevida y tasa de mortalidad. **Material:** 25 pacientes masculinos ingresados al servicio de Medicina Interna (6ta) Cátedra por HDA; período : enero 1997 - diciembre 2001. **Métodos:** diseño retrospectivo, observacional, descriptivo o de cuantificación y transversal. Ficha clínica: edad, forma de presentación, enfermedades asociadas, parámetros clínicos de ingreso , necesidad de restituir volumen, diagnóstico endoscópico, tratamiento endoscópico y/o farmacológico, necesidad de reendoscopia., tasa de sobrevida y mortalidad. **Método de resolución:** media aritmética o promedio y porcentaje. **Resultados:** 25 pacientes masculinos con edad promedio de 74,8 años y 12,8 días de internación. Síntomas al ingreso: melena: 92%, hematemesis 28%. Comorbilidades: tabaquismo 56%, AINES 52%, HTA40%, alcoholismo36%, insuficiencia cardíaca 24%, hepatopatía 24%. Parámetros de ingreso: tensión sistólica 127,84 mmHg de media, tensión diastólica 71,6. Frecuencia cardíaca 75 x', ortostatismo 40%. Glasgow 15/15 y diuresis conservada 88%, 20% deshidratación. Hcto: 32,3% de promedio, transfusiones 76% ( promedio de 2 unidades por paciente), reposición salina 52%, y macroagregados 4% . Endoscopia: gastropatía erosiva y úlcera duodenal 44%, 32% gástrica, 16% vórices esofágicas y esofagitis. Tratamiento: 40% (10 pacientes) realizó tratamiento endoscópico, 9 esclerosis con adrenalina y 1 colocación de TIPSS. El inhibidor de bomba de protones se utilizó en el 80% de los pacientes y en un 24% bloqueantes H2. 24% (6 pacientes) requirieron reendoscopia, uno por sangrado, tres para descartar neoplasia y dos para control. Tasa de sobrevida: 92% con dos pacientes(8%) fallecidos. **Conclusiones:** pacientes añosos (74.8 años). Melena (92%) fue la presentación más frecuente. Se destacaron como comorbilidades tabaquismo, AINES y alcoholismo. El grado de repercusión hemodinámica fue valorado como de leve a moderado. Las etiologías más frecuentes fueron gastropatías erosivas y úlceras duodenal (44%), úlcera gástrica (32%) y vórices esofágicas (16%). En el 40 % de los pacientes se realizó tratamiento endoscópico, el 80% recibió inhibidores de bomba de protones. 6 pacientes se reendoscopiaron . Sobrevida 92% falleciendo 2 pacientes.

**92. 200 trasplantes hepáticos de adultos en un Hospital Público.** Trigo Pedro, Lendoire Javier, Braslavsky Gustavo, Imventarza Oscar

*Unidad de Trasplante Hepático. Hospital Argerich. Ciudad de Buenos Aires. Argentina.*

**Objetivo:** Analizar las características de los pacientes trasplantados en un centro público de trasplante. **Método:** De los 200 trasplantes efectuados se analizó: número de pacientes, sexo, edad, origen, etiología, rechazo celular agudo y sobrevida. **Resultados:** 183 pacientes (167 recibieron 1 trasplante, 15 pacientes recibieron dos trasplantes y 1 paciente fue trasplantado en 3 oportunidades), 61% femenino, edad 38 años (15 a 68 años). Etiologías: 32 hepatitis fulminantes, 30 cirrosis biliar primaria, 7 colangitis esclerosante primaria, 3 cirrosis biliar secundaria, 26 autoinmune, 25 cirrosis por VHC, 7 cirrosis por VHC más alcohol, 14 cirrosis por alcohol, 3 cirrosis por VHB, 13 cirrosis criptogénica, 9 amiloidosis portuguesa, 2 retrasplantes de otros

centros, 3 hepatocarcinoma, 6 enfermedades metabólicas, 3 misceláneas. Origen:12% de la Ciudad de Buenos Aires, 46% del interior del país. El rechazo precoz fue 32%. La sobrevida al año 79% y a los 4 años del 74%. **Discusión:** El promedio de edad es bajo y con predominio del sexo femenino. Esto esta relacionado al perfil etiológico donde predomina la falla hepática fulminante y las enfermedades autoinmunes (CBP y CAI ). A pesar de ser un centro municipal solo el 12 % pertenecen a la Ciudad de Buenos Aires. La incidencia de rechazo, la mortalidad anual y a los cuatro años es adecuada considerando el perfil etiológico de los pacientes.

**93. Trasplante en la falla hepática fulminante. Experiencia en 29 pacientes.** Trigo Pedro, Lendoire Javier, Braslavsky Gustavo, Imventarza Oscar

*Unidad de Trasplante Hepático. Hospital Argerich. Ciudad de Buenos Aires. Argentina.*

**Introducción:** La falla hepática fulminante es una entidad poco frecuente con una alta mortalidad asociada. Actualmente el trasplante hepático constituye la única alternativa terapéutica reconocida. **Objetivo:** Analizar la características de 29 pacientes trasplantados por falla hepática fulminante. **Método:** De la base de datos de pacientes con falla hepática fulminante trasplantados se analizó: sexo, edad, origen, etiología, tiempo en lista de espera, encefalopatía al momento del trasplante y evolución. **Resultados:** 20 pacientes de sexo femenino (69%), edad media 29 años (DS 11.12, rango 15 a 54 años ), 14% de la Ciudad de Buenos Aires. Etiologías: indeterminada 9, auto inmune 8, virus A 3, virus B 3, por fármacos 2, Wilson 1, Budd Chiari 2. El promedio en lista de espera fue de 5 días (1 a 27 días). Encefalopatía : Grado I 1, Grado II 7, Grado III 2, Grado IV 19. Sobrevida global es 72 % con 6 pacientes fallecidos en el posquirúrgico, una por abandono de la dedicación y una por un accidente de tránsito. **Discusión:** El predominio del sexo femenino y la edad esta dentro de lo reportado. A pesar de que la mayoría de los pacientes ingresaron en estadios profundo de coma la sobrevida esta dentro de la publicada. El perfil etiológico difiere de le descripto. Los ocho casos de presentación auto inmune constituyen una de las mayores casuísticas descriptas.

**94. Perfil etiológico de la falla hepática fulminante en adultos. Experiencia de un centro municipal de trasplante en 86 casos.** Trigo Pedro, Lendoire Javier, Braslavsky Gustavo, Imventarza Oscar

*Unidad de Trasplante Hepático. Hospital Dr Cosme Argerich. Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.*

**Objetivo:** Describir el perfil etiológico y las características generales de 86 pacientes con falla hepática fulminante. **Método:** Se recolectaron en forma prospectiva los siguientes datos: sexo, edad, origen, etiología y forma de presentación clínica. **Resultados:**

	Total	%	Fem	Edad prom	min	max	Desvest
VHA	8	9%	6	22	15	31	6.01
Wilson	3	3%	2	22	17	30	7.00
VHB	18	21%	7	28	16	42	7.73
Ainmune	17	20%	14	32	17	54	11.63
Farmacos	12	14%	11	41	27	62	10.11
HG Emb	3	3%	3	30	27	33	3.06
Criptogenica	21	24%	14	33	15	65	15.16
Otras	4	5%	2	36	20	51	14.45

	ORIGEN			TIPO			ENCEFALOPATIA			
	Cap	BsAs	Interior	Hiper	Agud	Subag	I	II	III	IV
VHA	1	4	3	1	5	2	1	5	1	1
Wilson	0	1	2	1	1	1	1	1	1	0
VHB	5	7	6	9	8	1	0	3	7	8
Ainmune	1	6	10	1	7	9	6	7	1	3
Farmacos	3	5	4	4	7	1	1	4	3	4
HG Emb	2	0	1	3	0	1	0	1	2	0
Criptogenica	3	10	8	7	12	2	3	7	4	7
Otras	0	2	2	2	1	1	1	2	1	0

**Discusión:** No hemos observado falla hepática relacionada a paracetamol. El promedio de edad y el sexo concuerda con las grandes series. La alta incidencia de falla hepática fulminante auto inmune no esta descripta los centros de referencia. La incidencia de VHB y de origen indeterminada es similar a la descripta por otros centros.

**95. Manifestaciones del tracto digestivo alto y de la manometría esofágica en pacientes con Esclerosis Sistémica (ES).** Nishishinya M. B.\*\*, Lueso M.\*, Telerman E.\*; Durand L.\*, Laborde H.\*\*, Nasswetter G.\*\*, Covian E.

*\*División de Gastroenterología. Sección Motilidad Digestiva\*\* División de Reumatología. Hospital de Clínicas "José de San Martín". UBA. Ciudad de Buenos Aires. Argentina.*

**Objetivos 1.** Describir las manifestaciones digestivas alta de los pacientes con ES. **2.** Describir los hallazgos de la Manometría esofágica (ME) de los pacientes con ES. **Material y métodos** Se revisaron las historias clínicas y las manometrías esofágicas de 61 pacientes (pac) con ES, estudiados en nuestras Divisiones desde Enero de 1997 hasta Mayo del 2001. Hubo 24 pac con ES difusa (ES d), 34 pac con ES limitada (ES l) y 3 pac con ES sine esclerodermia (ES se). **Resultados** Hubo 58 mujeres y 3 hombres. La edad x ??? fue de 49 años. El tiempo x ?? de la enfermedad de base 10,5 años. El tiempo x de los síntomas digestivos fue de 5 años. La frecuencia de los síntomas digestivos fue acidez-pirosis (87%), dolor epigástrico (81%), disfagia (76%), regurgitación (49%). FAN (+) 98%, ACA (+) 38%, antiSc170

(+) 21%. Con respecto a los síntomas digestivos hubo 6p (10%) asintomáticos de los cuales 4 tuvieron ME normal y 55 p (90%) sintomáticos, de los cuales 9 tuvieron ME normal. **Esfínter esofágico inferior (EEI) I. Presión del ZAP** (vn 14 mmHg). < 14 mmHg: 46/48 pac. X 4,13mmHg. >13 mmHg: 2/48 pac x? 16 mmHg. II. **Relajación del ZAP** (vn 100%). Completa 46/48 pac. Incompleta 2/48 pac (4%).

Cuerpo del esófago (n=48)	1/3 sup esófago (vn 25)	1/3 inferior esófago (vn 35)
Amplitud de ondas (mmHg)	X 21,06 (+-15,61)	X 8,91 (+-8,13)
% Aperistalsis	8/48 pac (16,6%)	41/48 pac (85,42%)

**Comparación entre la Manometría normal vs patológica**

	Manom normal (n=13)	Manom.patológica (n=48)	p
Presión del ZAP	X 11,6 (+-4,35)mmHg.	X 4,62 (+-3,76) mmHg.	0,000
Ampl. de ondas 1/3 sup	X 45,15(+16,94) mmHg.	X 21,06 (15,61)mmHg.	0,000
Ampl.de ondas 1/3inf	X 43,3 (+-20,74)mmHg.	X 8,91(+8,13)mmHg.	0,000
Aperistaltismo 1/3 super	0/13 pac (0%)	28/48 pac (58,3%)	0,000
Aperistaltismo1/3inferior	2/13 pac (15,38%)	41/48 pac (85,42%)	0,000

**Conclusiones 1.** Los síntomas esofágicos estuvieron presentes en un 90% de los pac.**2.** Un 78,7% de los pac presentaron un patrón manométrico típico de la enfermedad de base (aperistalsis del tercio inferior del cuerpo del esófago, disminución de la amplitud de ondas y compromiso del EEI). **3.** Hubo diferencias significativas entre los pacientes con Manometría esofágica normal vs la ME patológica. **4.** No hubo diferencia en los hallazgos manométricos entre los distintos grupos de ES.